

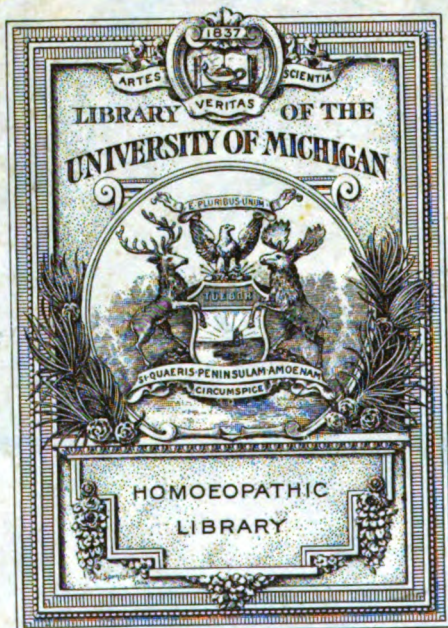


B

3 9015 00223 532 6

University of Michigan - BUHR



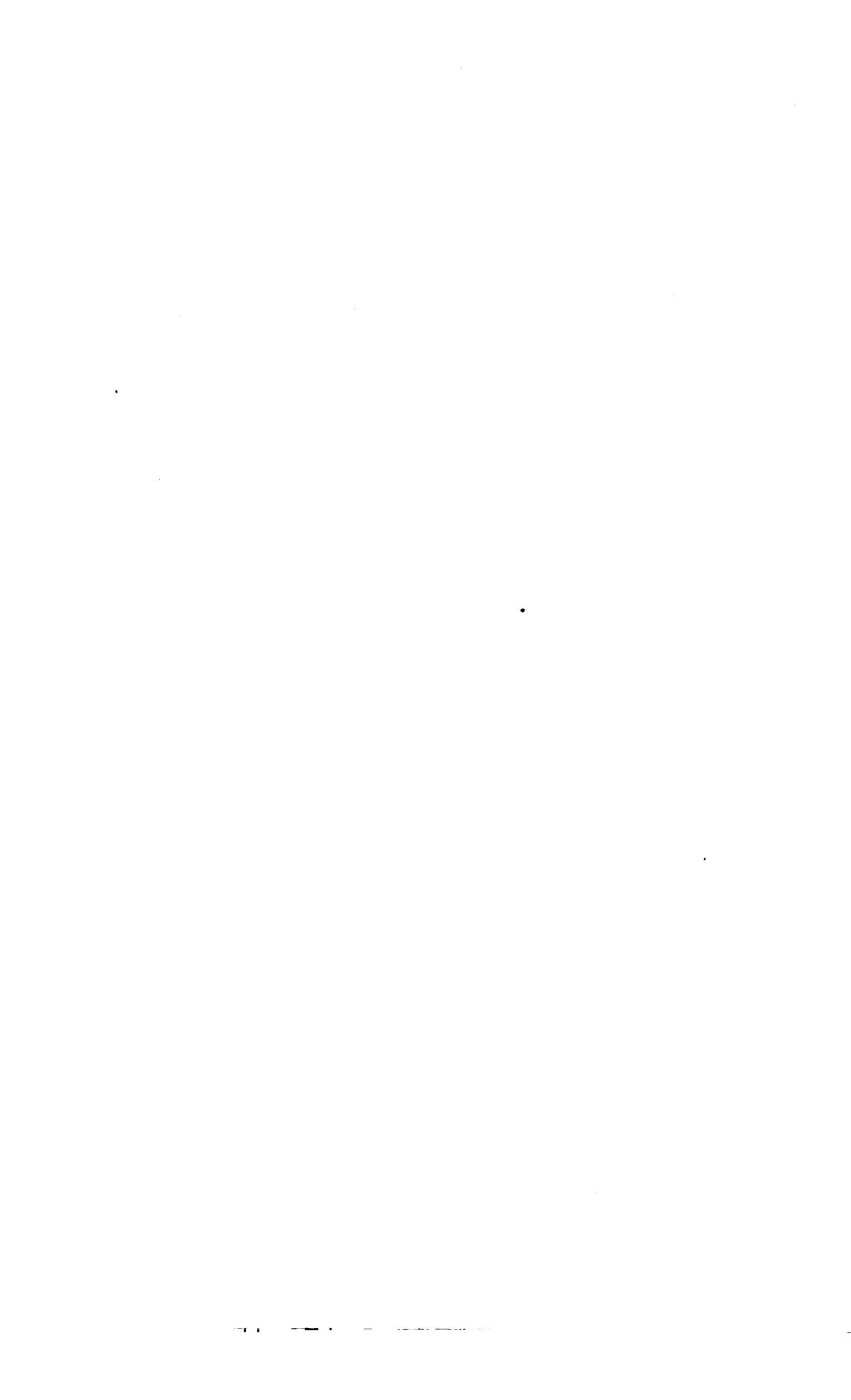




4 6 1 5

4 7 5

1 5



4 6 6.5

4 7 5

1.1 5

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR
JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE
HYGIÈNE

NOSOGRAPHIE
ÉTIOLOGIE
SÉMÉIOTIQUE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-HUITIÈME ANNÉE
TOME XCIV

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

—
1902

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1902

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

DEMONSTRATION EXPÉRIMENTALE DE L'ACTION DES DOSES INFINITÉSIMALES.

Après les travaux de matière médicale de Hahnemann et de ses élèves ; après les applications de la loi de similitude et de l'atténuation des virus au traitement des maladies par Pasteur, il semblerait que le moment fût venu de réaliser, sur les enseignements magistraux d'Hippocrate, une thérapeutique vraiment positive ; thérapeutique qui serait non la thérapeutique d'une école ou d'une secte, mais la thérapeutique vraiment ouverte à tous, et qui puisse réunir enfin tous les médecins qui font profession d'être les disciples de la méthode expérimentale. Mais un problème reste irrésolu, c'est celui de l'*action des doses infinitésimales*.

Vous me direz que ce problème est résolu depuis plus de cent ans par l'expérience clinique ; mais je vous répondrai que l'expérience clinique n'a de valeur que pour les

médecins qui sont déjà convaincus. Parlez à nos adversaires des preuves cliniques mille fois répétées de l'action des doses infinitésimales ; ils répondront *coïncidences* ou *illusions* et ils passeront outre.

Quant aux expériences instituées sur l'homme sain pour démontrer l'action des doses infinitésimales par quelques-uns de nos confrères, personne ne me contredira, si je dis que ces expérimentations, d'ailleurs extrêmement peu nombreuses, n'ont jamais produit que des phénomènes fugitifs, variables, inconstants et incapables d'entraîner une conviction.

Le laboratoire seul pouvait donner la solution du problème. Pourquoi cela ?

Parce que les expériences instituées suivant les règles de la méthode expérimentale produisent des phénomènes qu'on est sûr de reproduire toutes les fois qu'on se place dans les mêmes conditions.

Les expériences que nous allons rapporter devant vous sont les premières d'une série qui demandera des mois avant d'être terminée. Nous avons commencé par un sujet connu, l'action de l'argent sur le développement d'une algue, l'*Aspergillus niger*.

Jeudi, 19 décembre 1901. — Nous avons ensemencé avec l'*aspergillus niger* six boîtes de Pétri contenant chacune 0,40 centimètres cubes de liquide de Raulin.

Cinq de ces boîtes reçurent en outre 5 centigrammes d'une trituration d'argent métallique :

Le numéro 1 reçut la première trituration centésimale. Le numéro 2 la deuxième trituration. Le numéro 3 la troisième trituration. Le numéro 4 la quatrième trituration. Le numéro 5 la sixième trituration. Le numéro 6

ne reçut aucune préparation d'argent et fut gardé comme témoin.

Les boîtes sont mises à l'étuve à 35°.

20 décembre. — Deuxième jour. Le témoin a déjà poussé une très grande quantité de mycelium. La sixième trituration en présente à peine quelques traces et la quatrième seulement un léger trouble.

Le soir, la culture du témoin s'est considérablement accrue ; la sixième trituration a augmenté un peu et on commence à percevoir des traces de mycélium dans les boîtes contenant la quatrième et la troisième trituration.

21 décembre, troisième jour. — Le témoin remplit toute la boîte de son mycélium et commence à sporuler. Les boîtes qui contiennent la 6°, la 4° et la 3° trituration se sont développées dans la proportion de la trituration employée, mais aucune n'approche du témoin et aucune ne sporule.

Dans la boîte contenant la 2° trituration on constate trois petites masses de mycélium gros comme un pois. Et la boîte qui a reçu la 1° trituration ne présente qu'un petit amas plus petit.

22 décembre, quatrième jour. — Le témoin est noir de sporange. Les boîtes contenant la 6° et la 4° trituration commencent à sporuler. Celles de la 3°, 2° et 1° trituration ont augmenté leur mycélium mais ne présentent aucune sporange.

Les cultures sont laissées à la température du laboratoire (20°).

23 décembre. Cinquième jour. — Le témoin est couvert d'une abondante production de sporanges portées sur un mycélium très épais.

La boîte qui contient la 6° trituration présente des spo-

ranges moins abondantes que le témoin et le mycélium n'a pas recouvert tout le fond de la boîte.

Celle de la 4^e trituration présente à peine quelques points noirs. Les boîtes de la 3^e, 2^e, 1^e trituration ont très légèrement accru leur mycélium et ne présentent pas de sporanges.

24 décembre. Sixième jour. — L'évolution continue en présentant les différences déjà signalées. La 3^e trituration commence à sporuler. La 2^e et la 1^e ne commenceront que le 7^e jour de l'expérience.

On remet les boîtes à l'étuve pour dessécher les cultures et le 30 décembre, onzième jour de l'expérience, on pèse ces cultures desséchées.

Le témoin pèse.	16 grammes
La 6 ^e trituration pèse . . .	10 —
La 4 ^e — — —	12 —
La 3 ^e — — —	3 —
La 2 ^e — — —	1 gr. 5
La 1 ^e — — —	1 —

Nous le répétons, ce n'est ici que le commencement d'un travail mais nous avons le plaisir de constater que la 6^e trituration d'argent ; c'est-à-dire l'unité précédée de douze zéros, a une action constatée à la balance sur le développement de l'*aspergillus niger*, d'où la preuve, d'une part, de l'action des doses infinitésimales sur les phénomènes de la vie ; et, de l'autre, de la présence de nos médicaments dans une 6^e trituration.

La technique de nos expériences a été dirigée par mon chef de laboratoire dont les connaissances en histoire naturelle m'ont été très utiles en cette occasion.

D^r P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

MALADIES ORGANIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. — ERREURS DE DIAGNOSTIC DE L'ÉCOLE OFFICIELLE. — CURABILITÉ PAR LE TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE. — VENIN DE L'HÉLODERME DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE.

PARALYSIE SPASTIQUE, PRISE POUR UNE ATAXIE LOCOMOTRICE.

(23 mars 1898). M. S..., riche négociant en retraite, m'est confié par son ami et ancien médecin, le premier chirurgien de la ville, pour une maladie de la moelle épinière pouvant dater de trente-cinq ans (le malade en a 58), mais surtout de huit ans. La maladie a débuté par de la *Spermatorrhée*, dès l'enfance, sans autres excès que ceux du travail intellectuel au sortir de table, chasse et équitation. Puis, *crampe des écrivains* il y a trente-cinq ans et quinze ans (main droite, puis main gauche) et simultanément, en 1884, *troubles oculaires* (double iritis, traitée avec succès par l'iridectomie, et *choroïdite*), douleur au *talon* après l'opération, puis *sensation tractive douloureuse* depuis trois ans (*se réveille avec les jambes croisées et ne peut les décroiser*), remontant des orteils à tout le membre inférieur jusqu'à l'aîne, *douleur transversale* au niveau de la ceinture, troubles *dyspnéiques* par *gêne diaphragmatique*, provenant du *ballonnement*, consécutif à la *constipation*, tendance *lipothymique* purement spasmodique (n'en avait pas avant la maladie); *impossibilité de la station debout* et

de la marche; *anesthésie* partielle des *plantas*; *insensibilité tactile des doigts* et des *paumes*, sans analgésie ni diminution de la sensibilité à la température; *amélioration dans le décubitus à gauche* (préféré autrefois); présence du *réflexe rotulien*; pas d'atrophie; conservation de la sensibilité au compas et au fluide électrique (les courants constants ont échoué, tout comme le bromure et l'iodure). Il se trouve bien des pointes de feu, des toniques, d'un mélange d'anis, d'ammoniaque et d'alcool pour l'expulsion des gaz, et du séné pour la constipation, avec lavements simples introduits par une longue canule. État cérébral parfait; il a toujours dirigé ses affaires, nombreuses et actives, avec succès, et mené une vie très hygiénique et confortable, grâce à sa fortune (vie à la campagne, régime varié, beaucoup de potages, régime mixte, abstention des liqueurs, mais use du café et du tabac en prises pour dégager la vue). Pas de maladies vénériennes. *Hérédité* fortement chargée: *goutte* chez les grands-parents; lui-même a eu des *coliques hépatiques*, passagères. Prend du Sulfonal pour l'insomnie par suractivité d'esprit.

(24 mars). Dans la station debout, les jambes se paralysent par le poids du corps. *Froid aux extrémités* (symptôme antérieur à la maladie); les pieds surtout, au coucher, sont lents à se réchauffer; *frissons nerveux* passagers depuis la maladie. *Hémorroïdes* depuis quinze ans, douloureuses au passage de la canule, avec marisques et cuisson anale, flux dans le temps, à la selle, avant l'ophtalmie et après l'opération, ayant alterné avec les troubles oculaires. Je prescris *Sulfur* 15 tous les matins et *Lathyrus* 6, trois fois dans la journée, puis *Phosphorus* 30 matin et soir.

(5 avril). A mieux dormi, selles plus faciles en prenant

les deux premiers remèdes ; constipé de nouveau au bout de quatre jours, malgré leur continuation. Les *gros orteils se redressent, surtout à droite*. Prendre Phosphorus et au besoin du séné.

(9). Selles pendant trois jours après une seule dose de séné. *Lombalgie pendant la selle ou la marche*. Conserve l'urine pour mieux provoquer la selle (magnésia), paresseuse quoique lisse, et demandant le décubitus à droite, puis à gauche. *Après la selle, détente* dans la contraction du pied et de la main. A supprimé le café, non le priser. Le tabac a aggravé la crampe des écrivains. *Tiraillements intra-abdominaux* en se remuant, comme des *contractions du psoas*. Contraction des extrémités au réveil, souplesse le matin après le repos de la nuit. La spermatorrhée tend à disparaître depuis quelques mois. *Sommeil meilleur* ; moins d'insomnie et sommeil plus lourd le matin. *Hypesthésie des deux doigts internes*, début par ces points. Les pieds se refroidissent très vite et la chaleur externe ne réchauffe pas ; le mouvement seul ou le repos sont efficaces. Prend Phosphorus depuis deux jours. *Cuprum 24*.

(13). A gardé la constipation trois jours. Son ancien docteur l'a massé et a fait passer la selle du petit intestin dans le gros ; un lavement l'a enlevée le lendemain. La main se trouve bien au lever, mieux qu'auparavant ; le soir aggravation (action possible du Cuprum sur les nerfs cubitaux). Sommeil assez bon. Ne peut se tenir en appuyant les bras. Reprendre Sulfur et Lathyrus.

(18). Nuance d'amélioration, plus de souplesse, moins de raideur dans les *jambes, qui fléchissent davantage*, ce dont le malade se trouve mieux, le trouvant plus naturel. Selles par lavements. Continuer Lathyrus seul, trois fois

par jour, en se reposant au besoin et intercalant au besoin Sulfur. Il y a eu douleur lombaire, passagère.

(9 mai). Le mieux s'est maintenu. Il n'a pris qu'une prise de Sulfur et trois de Phosphorus.

LES EFFORTS POUR LA SELLE NE PARTENT PLUS DES LOMBES, MAIS DE L'INTESTIN INFÉRIEUR. Il n'a pas pris de séné, mais seulement des lavements.

(16). Selle retardée avec ballonnement; Sulfur à deux reprises a dégagé; un peu de lombalgie; n'a eu qu'une nuit mauvaise; jambes à peu près. Phosphorus et Sulfur.

(31). Se plaint beaucoup du ballonnement. *Calcarea* 30; *Lycopodium* 30; *Causticum* 30 : un matin chacun.

(4 juin). Délivré du ballonnement avec *Calcarea* et *Lycopode*; il a pris *Lathyrus* ensuite. Il a pris deux fois les antipsoriques. Prendre *Causticum* deux fois par jour.

(6). A eu du ballonnement après fatigue (cahotement de la voiture dans un chemin, sur un breack à ouverture latérale, par le mouvement d'avant en arrière comme dans l'équitation). Il craint les secousses dans les petits véhicules, le choc de la pointe du pied, la projection en avant. Traction en dedans du membre inférieur, pandiculations, tension du psoas. Continuer *Causticum* deux jours; puis prendre au besoin Sulfur et *Lathyrus*. Je remarque aussi *Oleander* et *Œsculus glabra*.

(13). Faiblesse, insomnie, hier suffocation par les gaz, a pris *Lycopode*, a dormi, pris Sulfur ce matin, puis *Lycopode* (accablement depuis *Oleander*). Passer à *Lathyrus*, reprendre au besoin *Lycopode*. Raideur abdominale en remuant, sensation de ballonnement. Selles moins liées, sortent par morceaux (*magnesia muriatica*).

(25). Insomnie, suite d'agitation, par un effet non immédiat. *Souplesse générale maintenue*. Les efforts pour la

selle vont plus en avant et il se porte à droite en avant, comme autrefois, pour la selle (au lieu de se porter à gauche). Il a supprimé le priser. Il n'a pris qu'une dose Lycopode pour le ballonnement, et Sulfur-Lathyrus. Je renouvelle les trois remèdes et conseille de prendre au besoin OEsculus.

(7 juillet). Insomnie, sauf le soir et le matin; crispation des mains et des pieds accrue, avec brûlement intérieur. Selles plus difficiles la semaine dernière. Vue affaiblie depuis la cessation de l'exercice, recommandé comme le seul remède par un oculiste de Paris. Urine arrêtée tout hier, sans doute pour s'être découvert la nuit étant en sueur. Il sue au réveil du premier sommeil, après crispation, puis la sueur se calme peu à peu. Selles plus moulées, mais le mouvement d'expulsion ne se fait pas, à moins d'uriner en même temps. Pas de gaz. Jambes idem. *Belladonna* 12 la nuit, chaque demi-heure; *OEsculus glabra*, trois fois dans le jour.

Il n'a pris qu'une dose de Lycopode, puis Sulfur-Lathyrus.

(9). *Sulfur* 30 le matin; *Physostigma* 12, trois fois dans la journée; *Lathyrus*.

(12). Toujours insomnie et crispation des mains; *flatulence disparue avec Lycopode* depuis quinze jours; sommeil le jour. Selle toujours paresseuse; hier, lavement de glycérine nécessaire; urine moins, sauf le matin, après le lavement, sue davantage, boit peu (n'a jamais bu beaucoup comme les artério-scléreux). *Point dorso-lombaire douloureux à la friction ou à la marche; sensation de constriction à la ceinture et aux deux fesses.* Reprendre *Phosphorus* 30 le matin et *Cocculus* 12 deux fois dans la journée ou la nuit.

(16). Insomnie, crispation, inquiétude. Répéter Phosphorus deux, trois fois par jour, et au besoin Lathyrus.

(18). Dysurie hier, a un peu uriné ce matin après le lavement et le sommeil; a rendu beaucoup de gaz cette nuit; ventre ballonné souple; sensibilité vésicale, émission partielle. Petite pollution en dormant. Le croisement des jambes a été plus accentué; *fourmillements* et cuisson intérieure augmentés aux mains, cuisses, pieds; les pandiculations du réveil retentissent douloureusement. *Craquements* aux épaules, aux bras, aux cuisses en remuant. *Les pieds traînent en marchant et se retournent en dedans*; les mains s'étendent, le corps tressaute. Zincum 30; Plumbum 30; Belladonna 12.

(19). A évacué hier l'urine par petites portions, cette nuit aussi, mais ce matin abondamment après lavement, sans selle, avec soulagement. Crispations, insomnie après quatre heures de sommeil. N'a pris que Belladone. Prendre Zincum.

(26). A mieux dormi, mais constipé. A pris deux fois du séné sans résultat. Prendre Plumbum : deux trois fois par jour.

(27). Selle plus facile après deux doses de Plumbum. Suspendre. Au réveil, contracture plus forte des membres, crispation, rétraction. Des frictions à l'huile camphrée ont fait du bien. Alternier *Lachesis* 12 avec *Lycopode* et *Calcarea* à trois heures d'intervalle.

(19 août). Il a continué pendant sept à huit jours les derniers remèdes, puis Sulfur et Lathyrus. Selle toujours pénibles, avec l'aide de la vessie; pas de besoin ni de coliques (le moindre semblant amène la selle). Prend du séné et des lavements. La plénitude de la ceinture est descendue à l'hypogastre. *Ses jambes se recroquevillent* le

matin, mais il ne peut les étendre sans douleur. *Plumbum* et *Opium* 6 intercalé dans la journée.

(6 octobre). De retour de la campagne. S'est reposé trois semaines après *Plumbum* et *Opium*. Va à la selle assez bien après lavement. Toujours douleurs reins ventre, crispation aux extrémités. L'expulsion des gaz la nuit soulage. Main plus tirée au repos, a grossi; on l'a massée et frictionnée.

Sulfur 15 le matin, avec *Nux v.* 12 à midi et le soir le premier jour, *Rhus* 12 à midi et le soir le deuxième jour.

(18). Selles très régulières, moulées, presque pas constipé (a toujours besoin des lavements) dont l'effet n'est pas immédiat. Raideur soir et matin au changement de position. A un peu uriné. Suspendre et reprendre les remèdes.

(6 décembre). Point douloureux au milieu de l'épine dans la constipation. Chaque six jours, doit prendre du séné, l'effet des remèdes ne se soutenant pas. *Manganum* 24; *Ustilago* 6.

(20). Sulfure et *Nux v.* pour la constipation, et *Manganum*.

(13 janvier 1899), Idem, constipation seulement retardée de huit jours. Va prendre du séné, Prendre ensuite *Ustilago*; Puis, *Sulfur* et *Rhus* pour la constipation.

(28 février). Selle assez bien, mieux, sans le secours de la miction; mais jambes idem. Rétraction involontaire des jambes au réveil; il les serre moins l'une contre l'autre.

Secale 9 (affection s'étendant de la face au corps, spasmes anhéants du diaphragme, spasmes pires quand ils affectent les muscles abdominaux, et douloureux).

(22 mars). Constipation depuis deux jours, malgré *Sulfur* et *Rhus*. Contractions aggravées avec *Secale*, besoin de s'étirer. Reprendre *Lycopode*, puis *Plumbum*, *Opium*, *Lathyrus*.

(19 avril). Lycopode a facilité les selles à deux ou trois reprises. Jambes idem, s'étirent et se retirent. Le temps pluvieux retient à la chambre. Raideur au mouvement; point douloureux à l'épine. Sulfur et Lycopode.

(3 juin). Selle assez bien, jambes idem. Je renouvelle les deux derniers, avec *Ergotin* 3.

(14). Dysurie, n'urine que le matin après lavement, depuis deux ou trois jours; lâche un petit filet en dormant. Il a pris deux doses de Belladone et huit doses d'Ergotin.

(13 octobre). Incontinence après rétention passagère et cathétérisme à la fin par l'ancien docteur; au début, rétention vaincue, après le repos de la nuit, par le lavement et la selle. Sent l'urine s'échapper. *Natrum muriaticum* 20.

Le malade s'est découragé, n'ayant éprouvé de l'homœopathie que des effets partiels pour l'intestin et la vessie et des effets passagers, aucun effet pour les jambes. Pourtant, l'*OEsculus glabra* produit ces symptômes : Affections paralytiques des extrémités inférieures et du dos; forte tendance à la *contraction des jambes*. *Lathyrus* : Parésie motrice, surtout des abducteurs; émaciation sans atrophie (il est vrai pas de troubles sensitifs). Je suis en train d'en guérir une par le *Lathyrus*.

Les lésions étaient sans doute trop avancées (le malade est mort peu de temps après) et les autres remèdes que j'avais en vue, tels que les sels de magnésie, l'alumine n'avaient pas grande chance d'aboutir. C'est surtout au point de vue du diagnostic que j'ai cité cette observation, car un grand neurologiste, professeur de faculté, a pris ce cas pour une ataxie locomotrice, malgré l'absence de douleurs fulgurantes et en ceinture; il y a eu pourtant le

point dorso-lombaire, des troubles de la coordination. Du reste pas d'atrophie comme dans la myélite fasciculée latérale amyotrophique. Le sens génésiaque a été atteint *temporairement* par la spermatorrhée; les sphincters ont paru se paralyser vers la fin, du moins l'urinaire, d'où la probabilité d'une complication de myélite diffuse. Mais ce qui frappait le plus l'œil de l'observateur, c'étaient les contractures des membres inférieurs avec trépidation (les gros orteils se redressaient d'eux-mêmes). Il y a eu pourtant des troubles sensitifs (anesthésie partielle des plantes, hyperesthésie des deux doigts internes avec insensibilité tactile des autres doigts et des paumes). Enfin, les troubles oculaires achèvent de compliquer le diagnostic. De sorte que le titre de Paralyisie spastique que j'ai donné à cette observation est soumis à la critique compétente de mes confrères de l'*Art Médical*.

Voici, du reste, une autre observation, que je donne avec le diagnostic du même professeur neurologue : *Sclérose latérale amyotrophique* (Paralysies, atrophies musculaires, exagération des réflexes tendineux) chez un artério-scléreux généralisé.

(29 septembre 1899). M. L., ingénieur des mines, traité par trois docteurs allopathes, dont un professeur, et cinq docteurs homœopathes de la région. En août 1898, envoyé à Lamalou, malgré les assurances d'un confrère sur l'amélioration générale et la présence de l'atrophie, le dernier docteur reconnaissant que, localement, après amélioration, la poussée thermique portant sur l'épaule et le bras dénote une sclérose disséminée chez un arthritique artério-scléreux et conseille l'iodure de sodium. On traita à Lamalou par la piscine, la source Vernière, les

douches et le massage, la source Usclade. D'après un autre docteur, il y a de la *raideur articulaire*, de l'*atrophie musculaire*, et il constate l'échec des iodures, phosphures, pointes de feu et Lamalou. Quant au professeur, il prescrit le salol, bicarbonate de soude, iodure de sodium, arséniate de soude, sulfate de spartéine. Il y a des accès d'*arythmie* fréquents, et même d'*asystolie* avec *oedème*; *hémoptysie* l'an dernier, qui a cédé à l'ergot et l'eau de Lécholle. Le malade accuse le surmenage, l'intoxication saturnine ou par les vapeurs de zinc. Le professeur a en outre conseillé un cautère aux deux côtes lombaires, puis au renflement brachial, des courants continus (galvaniques) de 5 à 15 milli-ampères le long du rachis et des membres (20 janvier 1899). Il a déconseillé en juin le retour à Lamalou et donné un traitement interne par teinture de badiane, colombo, noix vomique. D'après un docteur homœopathe, Lamalou et l'homœopathie ne se contrarient pas, mais il subit la crise de la cure thermique; il prescrit Aurum fol : Pulsatille, Mercure solub., Nux vom., Bellad., Phosphor. J'ai débuté par là pour donner un aperçu sur l'histoire du malade.

Voici les symptômes qu'il offre à mon examen : *Faiblesse des jambes*; *raideur contracturale des épaules*, *des lombes*, *du coccyx* en s'asseyant, au lever *raideur douloureuse des fesses*, lancinante, avec *engourdissement* (cet engourdissement était survenu dans l'équitation, qu'il a abandonnée depuis un an). Il y a vingt-huit ans, *douleur aux lombes* par mouillure, traitée avec succès par son médecin homœopathe. *Douleur intercostale* par le changement de temps, toux grasse par moment. Cet hiver, *oedème des malléoles* et des *pieds* avec *urine trouble* *Asystolie*, sans aucune sensation morbide au cœur. Il y a

Vingt mois, *hémoptysie* après ingestion de vinaigre, à deux ou trois reprises. *Crampes* ou *coliques venteuses d'estomac* ou de *ventre*, soulagées par le lait et le bismuth. Fait des repas légers et fréquents. Eruption de *furoncles* secs à la nuque et au-devant de la poitrine, attribuables à l'iodure. Sensation d'*oreille* gauche percée, de sifflement, et alors voix troublée; la voix revient en nettoyant l'*oreille*. Il a fumé, n'a pas usé des liqueurs alcooliques.

Je prescris comme début de traitement *Calcare carb.* 30 le matin, avec *Rhus* 12 dans la journée, au besoin chaque deux heures; puis, *Causticum* 12 matin et soir et *Saccharum* en cas d'amélioration; enfin *Sulfur* 15 *Hepar* 15 matin et soir et *Sepia* 12 idem, quatre jours chacun.

(2 octobre). Je restreins mon ordonnance à *Rhus*, et si l'action s'affaiblit, intercaler une dose de *Sulfur-Hepar*; ne pas répéter ce dernier remède, sauf besoin nouveau, c'est-à-dire continuer *Rhus* seul; puis, donner *Sulfur* le matin et *Lycopodium* 30 le soir (les autres remèdes n'ont pas été pris).

(20). A partir de *Sulfur-Hepar*, notable amélioration des crampes d'estomac, effet maintenu avec *Lycopode*. Depuis quelques jours, l'appétit semble revenir, mais dégoût de la viande. Continue encore les remèdes pendant quatre à cinq jours.

Les douleurs ont augmenté aux lombes et aux cuisses avec le temps pluvieux, il marche difficilement, avec jambes très faibles; il souffre moins des épaules, mais ne peut lever les bras bien haut. Continuer *Sulfur Hepar* le matin et *Rhus* dans la journée, puis au besoin intercaler *Causticum* deux fois par jour.

(7 novembre). Continue *Rhus* et *Sulfur-Hepar*. Toujours

douleurs aux lombes et aux jambes avec le temps pluvieux, peine à marcher et à monter; douleurs en se redressant du siège, calmées une fois debout; moins de douleurs aux épaules et aux bras, mais en respirant fort ou toussant, douleur assez forte sur les côtés du thorax. *Rhus* 6. avec Sulfur-Hepar; puis *Rhododendron* 6.

(1^{er} décembre). L'amélioration des douleurs d'estomac a continué; il a un peu plus d'appétit, mais toujours un peu de dégoût pour la viande; les douleurs aux épaules et aux bras sont toujours moindres, mais aux lombes toujours assez fortes, avec jambes faibles, marche difficile. Il a fini *Rhus* et commencé *Rhododendron*. Il a encore une prise de Sulfur-Hepar et en prend tous les matins. Fortes gelées blanches tous les matins, dans une région montagnaise, où il a enduré la forte humidité des mines. Il se tient au chaud. *Natrum muriaticum* 30 le matin, et *OEsculus glabra* deux à trois fois dans la journée; puis, *Plumdum* 30 le matin. Au besoin, retour à Sulfur-Hepar et *Rhus* 6.

(16 janvier). Le mieux s'est accentué pour l'appétit, les bras et les épaules sont moins douloureux; cependant, il ne peut encore mettre seul son manteau; *un peu mieux des jambes et des reins*; peut difficilement se courber pour ramasser à terre (il en a donc envie!) La *jambe gauche* et le *bras droit* sont moins forts que les autres membres (marche en diagonale). Le cœur paraît aller mieux, n'a plus de douleur aiguë en toussant on éternuant, douleurs intercostales moins vives, pas d'œdème des jambes et des pieds; n'a plus la sensation de tympan percé, modifiant le timbre de la voix (voix de tête). *La paralysie paraît prédominer aux extenseurs*. Prend des précautions pour les voies respiratoires, forte

épidémie de grippe (sa femme et sa fille sont affectées). Urine normale. Continuer les remèdes espacés.

(2^e avril). Doit venir à Nîmes en mai, le temps ne lui a pas permis de venir me voir. En mars, il a souffert des lombes et des jambes et un peu du bras.

L'amélioration de l'estomac s'est maintenue à peu près, sauf quelques *aigreurs* et *renvois*, surtout la nuit, avec *paresse de la selle* (chaque deux jours); *urine* toujours *abondante*, la nuit surtout, avec cinq à six mictions. Mieux des jambes et des reins avec le beau temps. Je renouvelle les derniers remèdes, avec *Nux vomica* 12 et *Carbo vegetal* 30.

(20 juin). Il a passé trois semaines à la campagne sans prendre de remèdes, sauf *Nux* et *Carbo* Digère assez avec l'exercice (surtout après le repas), a supprimé le lait, n'a plus de crampes d'estomac, a pu retarder le souper. Jambes faibles, surtout la droite et lombalgie au lever (certains jours), doit la nuit changer les jambes de place; peut relever les bras, partiellement; *décubitus latéral* impossible, surtout à droite; cependant s'y couche depuis peu, mais meurtri au réveil; *décubitus dorsal* bon, mais s'en fatigue. Temporales flexueuses. Selle ici chaque deux jours; à la campagne, quotidienne. Reprendre *Sulfur Hepar* avec *Rhus*; puis, *Natrum m.* quatre matins, avec *OEsculus glabra* trois fois dans la journée; *Plumbum* quatre matins, avec *OEsculus* de même.

(1^{er} août). Refroidissement, a eu un point de côté, qui est passé; mais lombalgie, douleur aux épaules, *jambes mieux*, sauf faiblesse, *décubitus latéral meilleur*, essoufflement après; le changement de position soulage. Selles assez régulières, prend de l'eau de Montmirail. *Acné tubérisiforme* à la nuque et à la face. Estomac bien. A pris *Bryone* et *Sulfur* pour le rhume bronchique. Alternier

Sulfur Hepar avec *Nux v.*, puis *Carbo v.*; *Rhus* et *Æsculus* pour la paralysie.

Le traitement fut ici ralenti par une crise APPENDICITE chez la fille, diagnostiquée par deux chirurgiens distingués de la ville. La malade avait eu une rougeole mal sortie, suivie de douleur au flanc droit, albuminurie, entérite, fièvre intermittente. et métrorrhagie pendant la fièvre éruptive. Cette appendicite s'est déclarée sous forme de péritonite localisée, avec crainte d'abcès non réalisée. C'est la troisième crise depuis deux ans. J'ai donné successivement, pour apaiser les suites douloureuses et flatulentes, avec empâtement profond : *Sulfur-Hepar* : *Morbillinum*, *Dioscorea*, *Carbo veg.*, *Lycopod*, *Nux vom.*, *Rhus* (*Comocladia-Ginseng-Rhamnus frangula*), etc.

(19 septembre). Le père est bien, sauf faiblesse des lombes et des jambes, légère foulure après décubitus latéral, s'endort sur le côté droit, raideur des épaules. Eruption bien diminuée au cou et à la poitrine. Le climat lui convient mieux, il fait davantage d'équitation. Meilleure digestion, teint plus frais.

Le malade n'est pas guéri, mais mis sur un pied supportable.

ATAXIE LOCOMOTRICE. ALUMINA-HELODERMA

Voici maintenant une ATAXIE-LOCOMOTRICE qui s'est fort bien trouvée du traitement homœopathique. Avec elle, nous allons descendre graduellement des hauteurs et des ténèbres des diagnostics organiciens vers les horizons lumineux de la thérapeutique hahnemannienne et les aperçus brillants des données pathogénétiques et de la NOUVELLE PATHOLOGIE.

M. L., cafetier (7 mars 1900), a consulté un professeur

de faculté, savant neurologiste, le même toujours qui me fournit tous mes diagnostics organiciens, qu'on m'apporte tous les jours après essai infructueux de la médication. Une chose me frappe dans tous ces traitements, et je la signale de suite à mes confrères, parce qu'il me paraît y avoir là un principe capital en matière de thérapeutique. L'axiome sacro-saint de l'Ecole officielle est celui-ci : *Toute artério-sclérose doit être traitée par les iodures alcalins*. Rapprochez ceci de la donnée nouvelle sur la *nature herpétique* de cette lésion, et vous arriverez à la conclusion suivante :

L'IDÉE MÉCANIQUE DU FONDANT RÉFOULE L'IDÉE DYNAMIQUE DE HOMŒO-HERPETIQUÉ. Voilà le secret des *échecs constants* de l'*allopathie* et des non moins constants succès de l'*homœopathie* venant après elle. *Pas un* malade ne réussit avec la vieille méthode ; tous sont au moins améliorés, et *instantanément*, dès la première cuillerée de Sulfur 15 uni à l'Hepar sulfuris 3. Il est vrai que cet effet brillant des sulfureux s'obtient à doses infinitésimales. Il faut ajouter que cet effet n'est qu'initial, préparatoire et demande l'association de remèdes plus spéciaux, et c'est ici que commencent les difficultés de l'individualisation pour les homœopathes. Quoi qu'il en soit, le passage des iodures aux sulfureux est un tel coup de théâtre, émerveillant tous les malades (je parle de la presque universalité des maladies chroniques) qu'il faudrait en faire la démonstration dans une salle d'hôpital, pour faire adopter immédiatement l'homœopathie comme une science très sérieuse. D'où vient donc cet emploi bizarre des iodures dans les artério-scléroses ? De la couture d'erreurs formant le syllogisme suivant. La syphilis secondaire se trouve très bien (*dans certains cas*) de l'Iodure de potassium. « C'est à

titre de fondant qu'il agit » (1^{re} erreur). « Les maladies chroniques sont filles de la syphilis » (2^e erreur). « La dépuration est une purgation » (3^e erreur). « Les matières peccantes seront évacuées par le dépuratif, qui est un fondant » (4^e erreur). Remarquons l'idée matérialiste qui préside toujours aux théories et aux pratiques. « La lésion représente la maladie » (5^e erreur); *sublati effectibus, tollitur causa*. Cet axiome, bon en chirurgie, est ici un pur contre-sens. La Faculté a dit qu'on devait guérir, et tous les médecins donnent l'iodure, sans jamais avoir vu le moindre effet. Heureusement, la bonne nature, autrement dit la Providence (Il y a un Dieu pour corriger charitablement les méfaits de la vanité humaine, préférant la forme au fond, la matière à l'esprit, la coque à l'amande) a préparé silencieusement dans les entrailles de la terre, au sein des roches, les bienfaisantes compositions sulfureuses, dont bénéficient comme par hasard et à la sourdine, ceux qu'un besoin de villégiature ou le découragement du docteur surchargé dirigent vers les villes d'eaux.

Et l'on s'empresse de ré-iodurer ceux qui n'ont pas guéri totalement par le traitement hydro-minéral, affaiblissant ainsi, si on ne le noie absolument, l'effet empirique, passant l'effet scientifique (expérience passe science). Je dis « affaiblissant seulement », car le spécifisme est si puissant qu'il agit à travers toutes les influences antidotaux. Il y a même le fait curieux des mélanges antidotaux dans les eaux minérales, semblant réfuter l'importance de nos données à ce sujet. Il faut croire pourtant que la nature ne peut se contredire elle-même, établissant ses lois d'un côté et les renversant de l'autre, et que la présence de l'antidote est destinée à contrebalancer et à modérer les effets excessifs du spécifique, massif ou pondérable

(fer ou sel contre arsenic). Tel est le cas de l'azote, amortissant les effets de l'oxygène de l'air. Mais il y a loin des mélanges du créateur à ceux du pharmacien.

Après cette digression, revenons à notre observation. Voici le diagnostic organicien de mon malade : *Tabes para-syphilitique, incoordination motrice, lassitude rapide, influence de l'occlusion des yeux sur la station et la marche, douleurs fulgurantes aux jambes surtout, troubles urinaires.* Voici le traitement conseillé par le même professeur. Bains de Lamalou, frictions d'onguent napolitain aux aisselles et aux jarrets, iodure de potassium 2 à 6 grammes par jour (avec son antidote naturel, le mercure), glycérophosphate de chaux, quinquina, arséniate de soude (autre antidotisme).

Le docteur de sa ville n'a pas voulu des frictions et les a remplacées par des injections sous-cutanées d'un composé de mercure avec des pointes de feu. Ces injections ont aggravé la maladie. Début il y a trois ans par *incontinence d'urine*, arrêtée partiellement par des lotions d'eau froide. Les yeux sont un peu coulants. La *marche* est plus pénible *après le repas*, raide au lever du siège, mieux après, il y a des *renvois* avortés le jour ou la nuit, des vents, des gargouillements, les selles sont mieux depuis le traitement Kneipp, qui a amorti aussi les douleurs fulgurantes. *Anus saignant, bourrelets hémorrhoidaux*; la fumée de tabac prend à la gorge et fait cracher. Le malade a eu la *syphilis* il y a quinze ans, avec plaques muqueuses; *excès vénériens* avant la syphilis; surmenage de veillées.

Je prescris *Sulfur 15-Hepar 15* une dose le matin et *nux vomica 12* le soir, deux ou trois fois au besoin, pendant quatre jours; puis, sauf amélioration sensible, *alumina 30* une fois par jour, le matin, avec Nux toujours le

soir, ou Oesculus 6, et au besoin *alumina* 6, deux ou trois fois par jour. Enfin *argentum nitricum* 30, 6, de même.

(24). Depuis le début du traitement, n'a plus eu d'incontinence pendant l'érection nocturne, qui persiste; a eu une *insomnie* de deux heures au milieu de la nuit les trois ou quatre premiers jours, et vers le matin des *rêves* d'occupations du jour (symptôme de Nux). Il a eu aussi aux premières doses une *douleur sourde au bas des reins* du côté gauche, pendant quatre et cinq jours, et quelques *douleurs en ceinture*. Néanmoins, mieux assez sensible avec les premières prises. A pris Oesculus au septième jour et, dès le deuxième jour, a eu le matin une selle plus abondante que d'ordinaire avec sang rouge par gouttes, perte d'urine le jour, fatigue générale la nuit suivante. Il a suspendu et repris la première série, avec Saccharum au lieu de Nux.

Pour le *génital*, pas de désirs, continence depuis deux ans, pas d'éjaculations, érections nocturnes. Peau normale pour les excitants divers, sens aussi. Le travail d'esprit fatigue. *Vertige* (ne peut détourner la tête pendant la marche, ni de côté, ni en haut, sans s'exposer à tomber; a peur du vide; difficulté à *monter* ou *descendre* une pente rapido, encore plus les escaliers. Ce genre de trouble paraît se rattacher à la vue et fait songer à ce symptôme de la *Duboisine*: Sensation comme si le sol *remontait* vers lui en marchant; on fait de *hautes* enjambées, sensation comme il *soe n foulait* un espace *vide* ou comme si les jambes ne pouvaient *relever* le corps; besoin de fixer devant soi à chaque pas; sensation de *roulis* et de *tangage*: *paralysie* de l'*accommodation*, équilibre difficile à garder dans l'immobilité, surtout le matin au lever; tend à balancer en arrière; marche plutôt sur les talons (*gressus vacci-*

nus), les pieds s'entrechoquent quelquefois. Il n'a pris que Sulfur-Hepar, Nux et OEsculus. Continuer par *alumina* et *argentum*, Nux au besoin.

(6 avril). Allait mieux avec *alumina* ; a pris *Argentum* et est tombé deux fois en sortant. Oesculus a agi deux fois pour provoquer un flux hémorrhoidal, Nux a facilité la marche par la digestion. Le 24, photopsies, allongement de l'image de la lumière électrique, élancements dans les jambes. Le mieux ne se produit qu'avec *alumina* 6 (*sommeil, presque pas d'incontinence, gouverne sa jambe, qui se détendait brusquement, se lève du siège, sans s'aider des mains, s'assied sans tomber brusquement sur son siège*). La série Sulfur-Hepar ; Nux vomica ; Alumina 6 ; Nux vomica a fait grand effet la première fois ; effet amorti à la reprise. J'espace avec du Saccharum. Je supprime OEsculus et *Argentum nitricum*, dont l'effet n'apas été favorable. Toutefois, avec *Argentum* 6, l'incontinence d'abord, puis les érections avaient cessé, ce qu'Alumina 30 n'avait pu faire ; mais, à part les vertiges subits, il y avait des douleurs au bas des côtes droites et au rein gauche, habillage et descente pénibles, station debout aussi.

(27 avril). A suspendu le traitement. *L'incontinence nocturne et diurne a disparu, selle quotidienne depuis le début du traitement ; n'est plus tombé.*

(23 mai). A pris Alumina matin et soir, et le lendemain matin a eu un *flux de sang anal* à la selle, assez abondant, un peu aussi dans la journée, de l'incontinence nocturne assez abondante, diurne aussi, et une forte lombalgie. Il a suspendu Alumina. Le soir, il a rendu une *boule de mucus* par l'anus, blanche, grosse comme une noix. Après repos le deuxième jour, il a pris Sulfur et Nux, qui ont réveillé les trois effets d'Alumina.

La suspension a fait cesser le flux de sang, l'incontinence a été bien moins forte, encore un peu de lombalgie. Expectation depuis quinze jours. Fait de l'exercice pendant trois et quatre heures sans trop de fatigue. Etat général amélioré. *Interealer Causticum* 30 et *sanguinaria* 12 et ne pas craindre de reprendre plus souvent les trois premiers remèdes ; refaire notamment un tour de deux jours.

(12 juillet). N'est allé bien que trois semaines après les remèdes (depuis huit jours). A fait, sur la foi d'un docteur allemand fictif, invoqué par Octave Uzanne dans la *Dépêche de Toulouse*, un traitement par le jus de citron, qui a arrêté temporairement l'incontinence, avec retour des forces. Les remèdes au contraire avaient été suivis d'incontinence, flux de sang anal, douleurs aux testicules, à l'urèthre, à l'hypogastre, ténésme après le flux, dysurie douloureuse. Le flux hémorroïdal persiste, avec douleur au périnée. *Cannabis* 6 ; *Capsicum* 9, *Phosphorus* 12.

(12 août). Incontinence revenue après la suspension du jus de citron (*Citrus aurantium*) ; flux de sang chaque huit jours, plus fatigué, *mais marche mieux*. Erections nocturnes accompagnant l'incontinence. A eu la *blennorrhagie* cinq ans avant l'ataxie. A fait des frictions mercurielles dans le dos pour la syphilis, et pris du mercure en pilules. Ulcération récente à la verge, pendant l'expectation. La dernière ordonnance n'a pas été exécutée. Je la renouvelle avec la première série.

(14 septembre). Bon effet de *Phosphorus*. Dès la première prise, appétit doublé, incontinence modérée (22 et 23 août) ; au deuxième jour, insomnie, douleurs fulgurantes, incontinence accrue, selle très glaireuse ; au troisième jour (24), deux nouvelles doses, quelques élancements aux jambes et au côté gauche de l'hypogastre,

incontinence abondante, selle abondante, moins glaireuse, douleurs reviennent à tout le membre ; au quatrième jour, encore deux doses, incontinence persiste, douleurs moins fortes, marche assez bien ; au cinquième jour, expectation, au sixième jour, une dose le matin, incontinence, marche un peu mieux ; au septième jour, expectation, un peu de flux anal, douleur jambe presque toute la nuit, incontinence très forte ; le huitième jour, expectation, douleur calmée, incontinence ; le neuvième jour, une dose.

Le dixième jour (1^{er} septembre). Cannabis trois fois, un peu moins d'incontinence. Le 2 et le 3 continue, élanements membres inférieurs et bas des côtes, selles un peu plus abondantes qu'en répétant Phosphorus. Le 4 et le 5, avec Capsicum, incontinence, variable les jours suivants ; érections, marche plus mal ; arrête le remède.

Aggravation par refroidissement, en ôtant la ceinture de flanelle, jambes affaiblies, toux, incontinence, flux diarrhéique et sanguinolent avec arrêt de l'incontinence et des douleurs. Puis, retour de ces symptômes avec catarrhe respiratoire (crachats verts épais), combattu par Sulfur-Hepar et Solubilis. Je reprends ensuite le traitement par Sulfur-Hépar, Alumina, Phosphorus (à doses plus rares ; pour éviter l'aggravation). *Stillingia* 12, pour les douleurs syphilitiques ; *Zincum* 30 ; *Thuya* 18.

23 octobre. — *Douleurs fulgurantes calmées par Stillingia* à trois reprises ; le renouveler. A mieux marché, bien plus solide le 22 en s'arrêtant de marcher et tournant la tête (gymnastique des axatiques). Erections après l'incontinence ; va bien, sauf l'incontinence ; *l'incontinence diminue avec la fatigue des lombes*. Marcha mieux dès la première dose de Sulfar-Hepar-Alumina. Montée

et descente idem, station debout également. Douleurs à l'épine, aux lombes, à l'hypogastre qu'un jour. Après Thuya, flux hémorroïdal abondant, ténésme fréquent. N'a pris ce remède qu'un jour. Le 17, *mucus blanc dans l'urine*. A pris Zincum le 21. Prendre Sulfar-Hepar et Albumina. une dose unique, de temps en temps, pour la marche; Stillingia pour les douleurs fulgurantes et Phosphorus pour l'incontinence.

23 janvier. — *Incontinence arrêtée depuis deux mois, marche longtemps*, a pris Sulfar-Hepar et Alumina, trouvant la marche moins bonne, pendant deux jours, un le matin, un le soir; flux de sang pendant deux jours, avec érection nocturne sans incontinence; *mucus quatre jours après; jambes solides quatre jours après*.

Douleurs au pouce et au tendon de l'avant-bras, calmées par Stillingia. Marche bien meilleure, avec selles abondantes.

9 mars. — *Statu quo*; un peu d'incontinence, quelques douleurs fulgurantes nocturnes, calmées à mesure, a pris jusqu'à quatre doses de Stillingia. Hier, sang par l'anus. N'a pris qu'une dose de Phosphorus avec effet. A eu du fléchissement des jambes, arrêté par Sulfur et Alumina. Mais lombalgie pendant quatre jours, avec affaissement et faiblesse; marche idem, vertige modéré; tressaillement du front le soir. Poitrine grasse. Sulfur-Hepar agirait mieux sur la marche qu'Alumina; le prendre séparément. Bon effet sur l'estomac. Alumina agit sur les lombes. Miction forcée, retentit sur les lombes. Erections presque chaque nuit, sans incontinence; érections plutôt augmentées par Phosphorus. Je renouvelle les quatre derniers remèdes.

24 mai. — N'a pris que Sulfur-Hepar et Phosphorus;

pas pris Alumina depuis trois mois. Moins d'effet de Phosphore sur les urines; a pris des asperges; mieux depuis la suppression; lombalgie après Phosphore, a disparu depuis. N'a pas eu de douleurs fulgurantes fortes ni persistantes. *Ecoulement glaireux et sanguinolent par l'anus plus régulier et un peu plus abondant qu'avant le traitement.* Prendre Alumina avec Sulfur.

2 juillet. — Retour de douleurs fulgurantes, a épuisé Stillingia. *Le mieux de la marche se maintient.* Pour les douleurs uréthrales et la dysurie, *Cantharis*.

17 septembre. — A pris Cantharis un jour seulement. Flux hémorrhoidal abondant le lendemain, caillé, incontinence d'urine malgré Phosphorus, pris sans Sulfur. Douleurs fulgurantes venue par refroidissement, arrêtées par une dose de Stillingia, qui a soulagé aussi sa femme. J'en envoie une provision en globules. *Cannabis sativa a calmé le périnée.* Renouveler Sulfur-Hépar, Alumina Phosphorus.

19 octobre, — Pour monter et descendre, besoin de point d'appui. *Duboisin*.

Janvier 1902. — J'envoie de l'*Heloderma* à l'essai. J'en dirai les effets plus tard. Je l'essaye aussi avec beaucoup d'espérance pour un cas de *paralysie agitante* chez un malade ayant toutes les allures de l'Héloderme (attitude lourde, embarrassée, maladroite, hébétude avec bouffissure rouge).

J'ai en ce moment un cas de *paraplégie mercurio-syphilitique*. (Un autre cas de paraplégie avec douleur et frilosité va prendre le *Formica rufa*), où le *Lathyrus* fait merveille. Je donnerai un peu plus tard un cas d'ataxie locomotrice qui s'est bien trouvé du *Physostigma* (amau-

rose, etc.). En somme, le malade ci dessus a éprouvé des effets remarquables, mais ternis par une répétition trop hâtive.

(A suivre)

D^r KRUGER.

CLINIQUE MÉDICALE

ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC

Gastralgie depuis neuf ans ; deux vomissements de sang très abondants les 31 octobre et le 18 novembre. Guérison en trois semaines, par le régime lacté et le nitrate d'argent.

Mlle Félicie C..., âgée de 29 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le lendemain de sa seconde hématemèse; elle fut couchée au n° 10 de la salle commune. Le père de la malade est mort phthisique et la mère souffre d'une affection chronique de l'estomac.

Cette jeune personne souffre de l'estomac depuis neuf ans ; elle éprouve des douleurs épigastriques qui s'aggravent pendant la digestion et a quelquefois des vomissements alimentaires survenant deux ou trois heures après les repas. Le 31 octobre, pendant le déjeuner, elle fut prise d'une hématemèse très abondante qu'elle évalue à 1 litre environ. Le vomissement contenait des caillots et des aliments. La malade affirme que depuis quinze jours les souffrances habituelles avaient disparu. Vingt jours après, le 18 novembre, étant à jeun, elle fut prise d'un second vomissement de sang plus abondant que le premier et entraînant des syncopes répétées. Les jours suivants on put

constater l'existence du sang dans les selles. La malade affirme qu'elle n'avait pas eu de douleurs entre les deux accès.

Entrée le 19 novembre, cette malade fut mise au régime lacté absolu et prit comme médicament argentum nitricum 6°, III gouttes dans 200 grammes d'eau, à prendre 4 cuillerées par jour.

La malade se remit peu à peu de sa faiblesse et le 2 décembre, comme elle ne présentait aucun symptôme gastrique et qu'elle avait faim, je commençai à l'alimenter. Elle prit ce jour-là une côtelette de mouton ; les jours suivant elle prit des viandes rôties et de la purée. Elle sortit le 8 décembre ayant repris son régime ordinaire.

Je donnai à cette malade pour prendre chez elle le tartarus emeticus 6°.

L'*Art Médical* a rapporté un certain nombre de cas d'ulcères ronds de l'estomac guéris par le nitrate d'argent à la 6° dilution. Le résultat thérapeutique obtenu par ce médicament dans le traitement de l'ulcère rond est presque constant ; et, c'est appuyé sur une expérience clinique déjà longue, que nous commençons toujours le traitement de l'ulcère rond par le nitrate d'argent à la 6° dilution.

Sans doute le régime lacté a une grande importance dans ces cas ; mais il ne faudrait pas nous objecter que la guérison est due à la seule influence du régime, car il ne nous serait pas difficile de trouver, dans le recueil d'observations de l'hôpital Saint-Jacques, des cas dans lesquels les malades, soumis depuis des mois au régime lacté sans obtenir de guérison, sont venus dans nos salles et ont été guéri par le nitrate d'argent.

J'ajoute que dans les cas classiques, chez les malades présentant à un haut degré la douleur xyphoïdienne, la diminution de cette douleur est le premier signe de l'action favorable de l'argentum nitricum.

J'ai donné à cette malade le tartarus emeticus quoique je n'ai aucune expérience clinique de ce médicament dans l'ulcère rond de l'estomac ; mais par cette raison, qui me paraît très puissante, c'est que le tartarus injecté à des animaux a produit plusieurs fois des ulcères ronds de l'estomac.

Je trouve fort instructif au point de vue de la *thérapeutique comparée* de rapporter le passage suivant emprunté au numéro du 20 décembre du *Journal des praticiens* ; il fera toucher du doigt la supériorité de la thérapeutique de notre école sur celle de l'*aitrochimie* qui règne de nos jours.

« Le traitement médicamenteux consiste uniquement dans l'emploi des alcalins (bicarbonate de soude, craie préparée, magnésie calcinée associée au sous-nitrate de bismuth). On donnera un cachet ou un paquet de ce mélange toutes les deux heures pour maintenir constamment saturé le suc gastrique hyperacide. La dose exacte ne peut en être indiquée d'emblée ; il faut tâtonner pour connaître les susceptibilités particulières de chaque malade.

La révulsion sur le creux de l'estomac est très utile ; l'application de la compresse froide de Priessnitz ou de cataplasmes sinapisés sont suivis d'effets calmants des plus marqués.

Le cathétérisme, les lavages de l'estomac fatiguent beaucoup les malades, et ne seront employés avec prudence qu'une ou deux fois par semaine.

Ce traitement médical produit souvent d'heureux résultats; mais trop fréquemment encore, il échoue, et presque toujours il ne produit de bons effets que temporairement.

Le traitement médical est donc purement palliatif, et, d'après M. Soupault, le traitement véritablement curateur de la gastro-succorrhée est l'intervention chirurgicale. »

Si on avait besoin d'une preuve de l'insuffisance du régime lacté, doublé du repos et du traitement alcalin pour guérir l'*ulcère rond* de l'estomac, ce passage serait décisif.

Ainsi, de l'aveu même des médecins qui s'occupent spécialement du traitement des affections de l'estomac *l'intervention chirurgicale est le seul traitement curatif* de la maladie de Reichman. On concèdera, sans peine, que l'efficacité du nitrate d'argent à dose infinitésimale démontre, par la clinique, la supériorité de notre thérapeutique.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

ASTHME DE FOIN ET SON TRAITEMENT

La discussion à la Société homœopathique de Paris sur cette maladie m'a rappelé un cas de cure confirmée que j'ai obtenue par le Phosphorus. Je le relaterai plus loin. Qu'il me soit permis de faire part aux lecteurs de l'*Art Médical* des réflexions que m'a suggérées la lecture de cette séance. Eh quoi ! l'on fait foin du nom de la mala-

die? Sans printemps ni olfaction des graminées, elle n'existe pourtant pas. Voilà pourquoi il ne faut la confondre ni avec le vulgaire coryza, ni avec l'asthme commun, ni avec les névroses respiratoires à suggestion (arrêt d'un accès par l'olfaction d'une rose artificielle). Voilà pourquoi aussi le remède du Dr Léon Simon, remède saisonnier par excellence, le JASMIN TOUJOURS VERT, doit être inscrit en tête de son traitement. Il porte en effet les symptômes suivants : *Refroidissements d'été* ; disposition à prendre froid au moindre changement de temps. Il est vrai que, sous ce rapport, il entre en concurrence avec de nombreux remèdes, dont la DOUCE-AMÈRE est un des principaux. Eh bien, nous trouvons ici notre symptôme capital : *On peut supporter d'être près de l'herbe coupée ou du foin nouvellement fauché* ; les narines sont entièrement remplies en haut, empêchant de respirer ; éternuements constants ; sécrétion profuse par le nez et les yeux ; aggravation au grand air, au bord de la mer, au réveil et le soir. On peut trouver une description plus complète de la deuxième période de la maladie (car il ne faut pas perdre de vue la totalité de cette entité morbide). Du reste, la douce amère comporte dans sa pathogénésie un asthme humide, aggravé par un temps humide, l'aggravation nocturne, les caractères diathésiques-herpétiques. Notons encore que la douce-amère est l'antidote de la Belladone et repoussons les fantaisistes importations de l'allopathie, à la faveur de vagues généralités sur les vaso-moteurs, le dessèchement des muqueuses (dessèchement forcé, tandis qu'il faut neutraliser une sécheresse initiale, arthritique, par des homœo siccatifs à doses infinitésimales).

Comme remèdes initiaux, à côté du Jasmin jaune américain, qui porte aussi ce symptôme : « A la première

irruption de la maladie », mettons le *STICTA PULMONARIA*, qui a la sensation générale d'obtusion et de malaise, comme quand un catarrhe va survenir, plénitude et pression pesante à la *racine du nez*, fourmillement à la *narine droite* (tandis que le *Gelsemium* a la sensation d'eau chaude à la *narine gauche* — Chargé); la toux sèche est provoquée par un chatouillement dans la *trachée, au-dessous du larynx*; il y a *aggravation inspiratoire*, qui fait pressentir le génie asthmatique de la maladie; l'odorat est perdu.

Précisons davantage l'action initiale et saisonnière du *Gelsemium*: *temps chaud, humide, relâché, coryza au printemps et en été*; frissons courant en haut et en bas du dos, avec chaleur de la tête (*Sabadilla*). D'après Chargé, il enraye le coryza au début, s'il est pris dès que l'on ressent le froid à la tête, que l'on commence à éternuer, et qu'apparaît l'écoulement du nez. Ses localisations s'étendent du reste à la gorge et à l'oreille. Comme remède initial, nous avons encore le *CAMPRE*, dès que l'on ressent un froid général, avec peau sèche et céphalalgie frontale, provocation par un *changement brusque de température*; coryza avorté, avec prédominance des frissons, le fourmillement des narines gagne la pointe du nez.

La *CÉVADILLE* est en effet un grand remède de cette maladie, puisqu'elle exerce une puissante action sur la *muqueuse de Schneider*, sans faire jouer un rôle absolu à l'électivité anatomique, action irritante et pruriteuse, avec violents paroxysmes d'éternuement; sécrétion séreuse profuse par le nez et les yeux, céphalalgie frontale, rougeur des paupières et de la conjonctive, enflammée, avec gonflement s'étendant au nez (*Kali iodatum*), toux voilée au lit; respiration pesante et anxieuse durant la chaleur;

sifflement pectoral (dans l'asthme de foin, on siffle et ne tousse pas, sauf en cas de bronchite concomitante); mucus jaune tenace (période de coction — Moutarde noire). La Cévadille, qui m'a donné une belle cure de *grippe diaphragmatique* chez un *bucœur d'absinthe* avec cris violents entendus de la rue, expectoration écumeuse et sanglante, poitrine comme un tambour et sifflante, après un succès partiel et momentané du Phosphorus, ne sera jamais mélangée par moi avec le Veratrum album, son homogène et par suite son antidote. Ces deux mélanthacées ont des rapports chimiques, puisqu'elles renferment des alcaloïdes identiques. Le Veratrum (viride du moins) contient en effet de la *Céradilline* et de la *Cévadine*.

Si l'on cède au « fol amour pour les alcaloïdes », dont parle le Dr Chargé (*Bibliothèque homœopathique* 1887, page 312), on laissera injustement de côté les plantes qui leur ont donné naissance, et l'on tiendra avec Rabuteau le langage suivant, qualifié de téméraire par le maître surnommé « On croyait jadis que Veratrum album Veratrum viride agissaient d'une manière différente et on les étudiait à part. Nous savons aujourd'hui (savourons ces expressions) que toutes ces plantes exercent une action commune; qu'il n'y a de différence que dans l'intensité de cette même action pour des doses égales des parties de la plante ou de leurs extraits, suivant leur richesse en vératrine; ainsi se simplifie chaque jour la science à mesure qu'elle se développe » (*Éléments de thérapeutique*). Et le Dr Chargé ajoute : « Singulière simplification et étrange développement! qui commencent par rayer d'un trait de plume les leçons de l'expérience, notre maître à tous, et finissent par nous priver des conquêtes opérées par le temps et l'observation.

Il n'y a pas de raisons pour que la vératrine nous fasse oublier ni confondre les vératrum. Que l'alcaloïde établisse entre eux un lien de parenté, il ne faut ni s'en étonner ni s'en plaindre, mais de la ressemblance à l'identité il y a loin, et dans une science toute d'individualisation comme la nôtre, les différences sont utiles à constater. » J'ajouterai qu'on ne peut pas prendre mieux sur le vif le caractère erroné de la doctrine des alcaloïdes, c'est-à-dire de l'usage que l'on fait de ces conquêtes de la chimie, poursuivant avec Burggraëve l'éternel problème d'introduction forcée dans l'organisme de doses brutes et toxiques, sans qu'il puisse crier gare. Tel est le remplacement de la créosote par le gaïacol et ses dérivés, de l'arsenic par les cacodylates du phosphore par les glycérolés et les lécithines des virus par les sérums. « Nos dilutions, comme le dit si bien Chargé à l'article *Hypericum*, ne sont-elles pas là pour nous dispenser des cultures? » (*Loco citato* page 393). Revenant aux alcaloïdes, je dirai, avec les D^r Piedvache : « Nous pouvons déjà comprendre la réponse à faire aux thérapeutistes qui ont entrepris de substituer les alcaloïdes aux plantes elles-mêmes. C'est que l'analyse isole, dans celles-ci, une partie des principes dont la réunion constitue le végétal entier, ce qui fait, qu'en règle générale, il y a d'essentielles différences entre la plante et chacun de ses composants isolés. Ceci peut s'appliquer à la substitution de l'atropine à la belladone, de la cocaïne à la coca.

La chimie, science accessoire, nous entraîne vers les pratiques organiciennes, les traitements externes, anesthésiques ou siccatifs, selon le génie de Galien et de la chirurgie ; nous retombons par là d'emblée sous le joug de la loi des contraires : Le sec contre l'humide ; l'anes-

thésique contre l'hyperesthésique. La polypharmacie s'empresse d'apporter son concours. L'escamotage d'Hahnemann est ainsi fait en un tour de main. Et l'on continue d'apposer l'étiquette homœopathique. Il y a, il est vrai ici une question préjudicielle, la cause externe des émanations du pollen. Mais comme notre confrère Parenteau l'a reconnu, sans la diathèse arthritique signée par l'urticaire et les névralgies, la prédisposition congestive, le pollen est sans effet. Frappons donc à la porte *intérieure* de cette diathèse par des remèdes internes, à la faveur de la clé symptomatique.

Pour en revenir à la Cévadille et à ses rapports avec l'absinthisme, n'est-il pas curieux de voir cette diaphragmite ou névralgie diaphragmatique (sanglots, douleurs constrictives à la base du thorax, etc.) chez un sujet qui s'était grippé au moment d'une orgie absinthique ? J'ai cherché dans le temps à établir les ressemblances entre la Cévadille et les Armoises, reliées entre elles par les rêves de neige. Je retrouve aujourd'hui l'AMBROISIE A FEUILLES D'ARMOISE au nombre des remèdes de l'Hay Asthma. N'est-ce qu'une ressemblance botanique éloignée ? Passons, d'autant plus que je n'ai pas les symptômes de ce remède.

J'arrive à l'OIGNON, recommandé par nos confrères parisiens et passé sous silence par les Américains dans le Hay Asthma. Aux symptômes communs s'ajoutent ces traits distinctifs : Refroidissement par le *vent du Nord-Est humide* ; coryza du *printemps* ; l'écoulement des *yeux* est *onctueux*, tandis que celui du *nez* est *âcre* ; le catarrhe va de gauche à droite ; il s'aggrave à la chambre chaude, est soulagé à l'air frais et temporairement en *mangeant des pommes* ; on éternue après avoir longuement inspiré (rapport entre les deux périodes).

L'EUPHRAISE, comparée à l'Oignon et distinguée par notre confrère Cartier, a encore ce trait distinctif : l'écoulement du nez est onctueux et celui des yeux âcre (c'est l'inverse) ; la toux aggravée le jour (pour Cepa le soir) ; le coryza succède au temps venteux, il est aggravé le soir ; le *mucus* sort par les *narines antérieures et postérieures*, par les *bronches* (avec toux sèche et râles bronchiques), par l'*intestin* (diarrhée indolore).

L'ARSENIC se distingue par la fluidité et l'acreté de la sécrétion nasale, l'éternuement qui ne soulage pas, le chatouillement comme par une barbe de plume, en un point circonscrit des fosses nasales, les ulcères et croûtes intra-nasales.

L'IODURÉ D'ARSENIC a la tendance aux *adénites* et le prurit des yeux, du nez, des oreilles et de la bouche (*Naphthalinum*), l'aggravation le matin et après les repas.

L'IODURE DE POTASSIUM a le gonflement et la rougeur du nez et des paupières, les crachats blancs, écumeux et filandreux.

La NAPHTHALINE répond surtout à la période *asthmatique*, avec thorax fixé en inspiration, bien plus longtemps qu'en expiration ; l'oppression est quelquefois *soulagée par les mouvements violents des bras et du haut du corps*. La *rhinite* et l'affection du *sinus frontal* est prédominante. On demande le grand air, comme avec le soufre. Sensation de plénitude douloureuse à l'*épigastre*, au *sommet gauche et sous le sternum* ; besoin de desserrer. Prophylactique.

Le VIRUS GALEUX a un asthme qui *précipite au lit avec les bras écartés du corps*. L'écoulement nasal soulage les douleurs des fosses. D'après Lilienthal, la constitution psorique est la cause de la plupart des cas d'asthme de

foin, alternant avec l'eczéma : d'où l'indication de ce remède.

Pour en finir avec les remèdes préconisés par mes confrères, disons un mot L'ARALIA RACEMOSA. La respiration, sèche et sifflante, est *soulagée en se penchant en avant*, aggravée durant l'inspiration (le contraire de l'asthme spontané). Le Dr Chargé a mis en relief l'influence de la position dans l'asthme : ainsi, l'Ammonium muriaticum répond à l'aggravation de l'oppression par le mouvement des bras (contraire de Naphthalinum). La cuisson douloureuse se localise aux narines postérieures *choanæ*, et aux ailes du nez ; le goût est salé ; le moindre courant d'air fait éternuer. La suffocation a lieu au réveil, et on ne peut se coucher.

Il y a bien d'autres remèdes indiqués par nos confrères américains. Relevons les symptômes singuliers :

La ROSE DE DAMAS a l'envahissement de la *trompe d'Eustache*, au début de l'affection, avec quelque dureté d'ouïe et tintements d'oreilles.

L'ANTIPYRINE a les bourdonnements et les chants.

La GERMANDRÉE a la cuisson aux oreilles au grand air, le déchirement et le grattement à la gorge, le chatouillement dans le nez et au haut de la trachée, etc.

Le CYCLAMEN a les démangeaisons dans les oreilles, la *vue obscurcie* avec confusion de la tête, l'*anosmie*, l'*agustie*, l'*appétit dépravé*, la *digestion affaiblie*, les *règles irrégulières* avec *cercles autour des yeux*.

L'AILANTHUS, Mise à vif des narines et de la lèvre supérieure, couverte de *croûtes épaisses* et fendillée ; les yeux congestionnés.

L'ARUM TRIPHYLLUM, même état *fendillé* du nez, des lèvres et de la face, coryza âcre avec *enchiffrement* ;

prédominance au *côté gauche* ; asthme ; *mucus trachéal* avec toux chatouillante, aggravée la nuit au lit, avec enrouement et insomnie.

L'EUPHORBE a l'agglutination des paupières, les alternatives de frissons et de chaleur, la sécheresse de la bouche et de la gorge, la toux creuse sèche avec irritation du larynx, la prostration.

Le KALI BICHOMICUM, l'aggravation par les ingesta (dualité digestive et respiratoire).

La SANGUINAIRE, l'aggravation *par les odeurs* (de l'éternuement), la *dépravation de l'odorat*.

La MOUTARDE NOIRE agit dans la période de *coction* avec mucus épais, ans âcre, ou au début de la sécheresse.

La SILICE a une action élective sur les *Choanæ* et les *orifices des Trompes d'Eustache*, faisant *graillonner* ou *dégglutir* ; la toux fourmillante vient de la *fosse sus-sternale*, aggravée par les *boissons froides*, la parole et le *décubitus*.

La RENONCULE BULBEUSE a les reptations aux fosses nasales, les points de côté intus et extra, les myalgies.

Le RHUS, nez douloureux intus et extra, surdité pour la voix humaine.

GLANDERIN ou HIPPOZOENIN. Le Virus morveux a une forte électivité pour la muqueuse nasale, avec processus *œdémateux* et *purulent*, deux symptômes observés dans l'asthme de foin. Les lymphatiques sont enflammés et les glandes gonflées, comme avec l'iodure d'arsenic. Mais la désassimilation l'emporte, ce qui n'est pas l'attribut de l'arthritisme. Les sécrétions sont fétides et l'on a des lésions ulcéreuses, gangréneuses, etc., autant de symptômes non trouvés dans l'Hay Asthma, où les lésions sont

rares et secondaires. Il faut donc mettre ici un point d'interrogation.

GRINDELIA ROBUSTA a les deux faces, catarrhale et spasmodique, d'où son emploi dans toutes les maladies qui, comme la coqueluche, l'asthme humide et l'asthme de foin, ont ces deux constituants. Cette composée n'a pourtant pas donné de symptômes nasaux pathogénétiques ; la conjonctive est injectée, avec douleurs traversant le globe, la pupille se dilate, une *ophthalmie purulente* peut éclater ; on a aussi de l'*iritis rhumatismale*. L'état asthmatique est au contraire bien prononcé ; en s'endormant, la respiration s'arrête, la suffocation résultante réveille ; asthme muqueux par accumulation de sécrétions épaisses, visqueuses, blanches, tenaces dans les petites bronches ; la *respiration assoupie et interrompue* dénote une *paralysie du pneumogastrique* avec cœur très faible ; les *poumons sont aplatis*, avec *hépatisation partielle à la base*. Toux réflexes ou maintenues par habitude. Asthme nerveux, avec expiration difficile. *Asthme cardiaque* ; le cœur se sent trop faible pour prendre soin du sang qui lui est envoyé — (*Lilium tigrinum* — Dilatations).

Moschus. Le musc a la *strangulation* ou constriction laryngée et à la base du thorax.

(A suivre.)

D^r KRUGER.

LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE CONSTITUE-T-IL UN PROGRÈS DANS
LA THÉRAPEUTIQUE DE LA DIPHTÉRIE

D'après un travail publié par M. de Maurans dans la *Semaine médicale* du 11 septembre cette question serait fort douteuse.

Il a toujours existé en médecine des esprits chagrins disposés à mettre en doute les progrès les plus incontables : la circulation du sang, l'antimoine et jusqu'à l'admirable découverte de Jenner ont eu leurs contempteurs ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, de nos jours, il se rencontre des médecins pour poser un point d'interrogation insolent vis-à-vis des découvertes dues au génie de Pasteur. N'a-t-on pas prétendu que le traitement de la rage n'avait eu aucune efficacité, que les guérisons étaient dues à la marche naturelle de la maladie ; que dis-je, il s'est trouvé des médecins pour accuser cette méthode d'avoir donné la rage à des gens qui ne l'avaient pas.

Mais revenons au travail de M. de Maurans. Ce travail s'appuie uniquement sur la statistique, arme de toutes les causes perdues, parce qu'elle se plie admirablement à toutes les passions et à tous les préjugés.

N'est-ce pas avec la statistique qu'il y a une quarantaine d'années J. H. Bennett d'Edimbourg démontrait que, dans son service, la pneumonie donnait une mortalité de 0 0/0 !

Louis, le chef de l'école numérique, accumulait des travaux dignes d'un bénédictin pour arriver à démontrer que la pneumonie guérissait une demie heure plutôt par le tartre stibié que par les saignées. Voilà les résultats de la statistique pure.

M. de Maurans avoue que la statistique, pour apporter une certitude, doit porter non sur la mortalité globale mais sur la mortalité relative au nombre des malades ; or ce médecin déclare d'autre part, que « nombre de bureaux d'hygiène tant en France qu'à l'étranger lui ont déclaré faire toutes leurs réserves sur l'exactitude du

chiffre des cas, étant donné l'irrégularité des déclarations des maladies épidémiques. » (p. 401).

Alors, quoi ? toutes ces statistiques réunies avec tant de fracas ne donneront pas de certitude ?

M. de Maurans s'en tire ; il pense que la mortalité absolue peut être considéré « comme un miroir fidèle de la mortalité relative ». C'est là une opinion, rien de plus.

La morbidité présentée par la diphtérie est extrêmement variable ; avant 1850 à l'hôpital des Enfants c'était une maladie rare, on n'en observait que 3 cas en 1844 et aujourd'hui cette maladie atteint plusieurs centaines de cas. Non seulement la morbidité est variable mais la gravité de la maladie ne l'est pas moins. Or, une statistique qui ne tient pas compte de ces conditions manque absolument de certitude. Ceci dit, examinons les tableaux sur lesquels s'appuient les conclusions de M. de Maurans. Ce travail contient 32 graphiques donc 25 sont absolument en faveur de l'efficacité du sérum antidiphtérique ; 7 de ces tableaux, au contraire, ou bien ne montrent point une diminution dans la mortalité ou même montrent une augmentation. Je remarque que 5 de ces derniers sont anglais.

En supposant qu'il ne se soit glissé aucune cause d'erreur dans les graphiques du pays anglais, on ne peut tirer que cette conclusion : ou bien, que comme la scarlatine la diphtérie est plus grave dans la race saxonne, ou bien peut-être que leur sérum est mal préparé ; mais c'est là une question qui n'est pas du ressort de la statistique.

Les problèmes de la thérapeutique ne peuvent se résoudre que par la clinique, seulement cette méthode est autrement difficile que la statistique administrative. Il est en effet aisé de se procurer dans les bureaux d'hygiène des

résultats plus ou moins exacts sur la mortalité d'une maladie, de prendre des moyennes, des pourcentages, même de tracer des graphiques, et avec ces méthodes, on arrive à étonner les niais.

Mais par la clinique, il faut suivre les malades, observer jour par jour les modifications présentées par les symptômes, comparer dans tous leurs détails les modifications présentées par le processus morbide dans les différents traitements ; pour tout dire, il faut être médecin dans le sens vrai de ce mot.

Si nous appliquons cette méthode clinique à l'étude de l'action du sérum dans le traitement de la diphtérie, nous voyons la fausse membrane commencer à diminuer au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, fondre et disparaître comme un morceau de glace au soleil, en un petit nombre de jours ; et cette même méthode clinique nous avait appris qu'avec les autres méthodes thérapeutiques, la fausse membrane de la diphtérie persistait pendant plus d'un septennaire.

L'observation nous montre encore qu'avec les injections de sérum, la température tombe, que la localisation laryngée devient rare et surtout plus bénigne.

Et quand le médecin a constaté à l'hôpital ou dans sa clientèle que cette action du sérum antidiphtérique se renouvelle constamment, sa conviction est faite, et il laisse la statistique aux administrations.

Ceci dit, nous rappellerons à nos confrères les cliniciens que deux choses sont nécessaires pour obtenir d'un médicament tout le bien qu'il peut donner ; la bonne préparation de ce médicament d'abord, et ensuite une indication aussi positive que possible de la dose convenable, et du meilleur mode d'administration.

D^r P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

**PROPHYLAXIE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE FONDÉE
SUR LA CONNAISSANCE DU TERRAIN DE CETTE AFFECTION.**

(Séance du 21 janvier 1902.)

Que mon ami Humeau empêché par la maladie me permette un instant d'empiéter sur ses revues d'Académie. Mais il est si extraordinaire aujourd'hui d'entendre parler de la prophylaxie de la tuberculose sans voir aussitôt apparaître à la queue leu leu le crachoir hygiénique, le lait stérilisé, la désinfection, et toute la série des moyens classiques destinés à combattre une contagion qui n'est possible que par les procédés de laboratoire que je suis tout heureux d'avoir lu le travail de M. Robin et que j'ai été pris du grand désir d'en rendre compte.

A l'avant-dernier congrès sur la tuberculose j'ai communiqué un mémoire tendant à démontrer qu'il fallait chercher la prophylaxie de la tuberculose non dans une contagion hypothétique du bacille mais dans un ensemble de moyens hygiéniques propres à rendre l'organisme capable de triompher du bacille, que nous ne pouvions rien contre un bacille transmis héréditairement 26 fois sur 100, mais que nous pouvions beaucoup sur le terrain qu'il était possible de rendre réfractaire.

M. Robin s'est inspiré de la même pensée dans le travail qu'il vient de présenter à l'Académie.

Le travail de M. Robin a, sur le nôtre, un avantage considérable. C'est qu'il est un travail de laboratoire.

Dans une communication précédente, M. Robin avait établi que les phtisiques présentaient une activité respiratoire considérable, qu'ils consommaient plus d'oxygène et fabriquaient plus d'acide carbonique que l'homme sain. M. Robin constata la même exaltation des phénomènes respiratoires chez les prédisposés à la phtisie, chez les alcooliques et chez tous les surmenés.

De tous ces faits, M. Robin conclut que la prophylaxie de la phtisie consiste essentiellement dans l'emploi de moyens hygiéniques et de médicaments capables de modérer l'activité respiratoire.

Parmi les moyens indiqués par le Dr Robin nous retiendrons le repos, la position couchée, les basses températures, qui sont les moyens hygiéniques; l'huile de foie de morue, l'émétique et les préparations d'arsenic à doses faibles parmi les médicaments.

D^r P. JOUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. DE L'EMPLOI DE LA CEINTURE CARDIAQUE DE DESCHAMPS DANS LA DILATATION HYPERTROPHIQUE DU CŒUR. — II. SYPHILIS CÉRÉBRALE (SYPHILIS IGNORÉE) DIAGNOSTIQUÉE PAR L'EXISTENCE D'UNE LEUCOPLASIE LINGUALE ET GUÉRIE PAR LES INJECTIONS DE BENZOATE DE MERCURE. — III. SUR UNE NOUVELLE FORMULE DE SOLUTION INJECTABLE DE BENZOATE DE MERCURE. — IV. LE POULS LENT POST-DIPHTHÉRIQUE. — V. NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE DIPHTHÉRIQUE AVEC

PRÉSENCE DU BACILLE DANS LE BULBE. — VI. INFECTION A BACILLE D'ÉBERTH SANS FIÈVRE TYPHOÏDE, DÉCELÉE PAR LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE WIDAL, CHOLÉCYSTITE. — VII. UN CAS DE GOITRE EXOPHTHALMIQUE CHEZ UN GARÇON DE 4 ANS 1/2 AVEC LA TRIADE SYMPTOMATIQUE TYPIQUE : EXOPHTHALMIE, GOITRE, TACHYCARDIE (TRAITFMENT THYROIDIEN). — VIII. UN CAS DE CYSTITE A BACILLES D'ÉBERTH. — IX. LA MÉDICATION THYROIDIENNE DU GOITRE AIGU. — X. NOUVEAU CAS DE TÉTANOS TRAITÉ PAR LES INJECTIONS D'ACIDE PHÉNIQUE : DISPARITION DES CONTRACTIONS. PNEUMONIE SECONDAIRE ; MORT. — XI. AMAIGRISSEMENT EXTRÊME ET MORT PAR INANITION (ANOREXIE HYSTÉRIQUE).

I

(Séance du 24 novembre). — M. P. MERKLEN fait une communication sur la *ceinture cardiaque de Deschamps* (de Riom) qu'il a employée sur six malades de son service.

On sait que les malades atteints d'affections fonctionnelles ou organiques du cœur, se compriment instinctivement avec la main la région précordiale pour calmer les palpitations, l'oppression et quelquefois même les douleurs. Abée, en Allemagne, et Deschamps, en France, ont inventé des appareils compressifs comparables à des bandages herniaires. La supériorité de la ceinture de Deschamps réside dans la forme de la pelote, trapézoïde et large, permettant de recouvrir et d'emboîter la plus grande partie de la région précordiale et surtout la région de la pointe; elle est concave et non convexe, avec un bord externe plus épais parce que la pression doit s'exercer plutôt en dehors qu'en dedans.

M. Merklen a constaté, comme les premiers auteurs qui y ont eu recours, que cette ceinture diminue ou supprime les palpitations, qu'elle facilite l'effort en fournissant un point d'appui au cœur affaibli ; mais il n'a pu constater ni l'élévation de la pression artérielle, ni la réduction de la matité cardiaque, ni la diurèse, signalés par quelques auteurs. Quoi qu'il en soit, il est déjà important de constater les résultats obtenus.

Trois malades sur six se trouvent soulagés par l'emploi de la ceinture : le premier est un homme de 22 ans, atteint d'insuffisance aortique et d'insuffisance mitrale avec gros cœur, avec insuffisance cardiaque depuis deux ans ; la ceinture fait cesser les palpitations et diminuer l'oppression. Le deuxième est atteint d'artério-sclérose avec aortite chronique et dilatation hypertrophique du cœur ; avec la ceinture il n'éprouve pendant la marche que peu de palpitations et de dyspnée d'effort. Le troisième, atteint d'une ancienne insuffisance mitrale avec myocardite chronique, ayant amené de l'arythmie et parfois des crises d'asystolie, déclare que la ceinture cardiaque lui est très utile pendant la marche parce qu'elle supprime ses palpitations d'effort.

Cette ceinture a produit peu de soulagement chez un quatrième malade, qui souffre de palpitations et de crises douloureuses anginiformes au cours d'une insuffisance aortique. Chez deux autres malades, femmes obèses, la ceinture n'a pas pu être supportée parce qu'elle les gênait.

II

M. GAUCHER recevait dans son service, le 14 novembre dernier, un homme de 60 ans, atteint depuis deux jours

d'une hémiplegie droite totale, accompagnée d'hémichorée et de contracture, survenue brusquement au milieu de ses occupations. Le côté droit de la face est paralysé, la langue déviée vers le côté paralysé ; la parole est presque impossible, plutôt à cause de la paralysie faciale que par aphasie véritable. La sensibilité à la douleur a disparu ; la sensibilité au contact et à la chaleur est conservée.

M. Gaucher trouve sur les bords et à la pointe de la langue deux bandes fibreuses de leucoplasie et, malgré l'absence de tout autre symptôme de syphilis, il institue un traitement mercuriel intensif (injection quotidienne de 2 centigrammes de benzoate de mercure, auquel il adjoint rapidement 5 grammes d'iodure par jour).

Deux jours après amélioration ; et quatre jours après la première injection, le malade est métamorphosé : il se fait comprendre facilement, l'hémichorée a presque complètement disparu et la motilité commence à revenir. Le 28 novembre, il est presque complètement guéri.

Le malade nie tout accident spécifique et cependant M. Gaucher considère que le diagnostic de syphilis cérébrale s'impose, en présence du succès du traitement spécifique.

Pour M. Gaucher, la leucoplasie est une affection parasiphilitique, c'est-à-dire d'origine et non de nature spécifique ; le professeur Fournier donne, dans ses statistiques, 90 antécédents syphilitiques sur 100 cas de leucoplasie ; or M. Gaucher, croyant qu'il y a environ 10 p. 100 de syphilis ignorées, trouve la proportion du Dr Fournier inférieure à la réalité.

M. P. MERKLEN croit que la leucoplasie peut n'avoir pas l'origine syphilitique et il cite le cas d'un fumeur, atteint

depuis plusieurs années de leucoplasie buccale, qui a contracté il y a six mois un chancre syphilitique suivi de roséole et de plaques muqueuses et qui, par conséquent avait une leucoplasie antérieure à la syphilis.

M. Gaucher réplique que la leucoplasie buccale peut être amenée par la syphilis héréditaire qui ne met pas à l'abri d'une contamination syphilitique.

III

M. GAUCHER signale une nouvelle formule de solution de benzoate de mercure pour injections hypodermiques dans le sérum artificiel contenant 7 gr. 50 de chlorure de sodium par litre.

Voici comment on doit formuler cette préparation :

Benzoate de mercure	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement pur . . .	0 75
Eau stérilisée	100 »

La dissolution du benzoate de mercure s'opère ainsi *très facilement*, à condition qu'il soit fraîchement préparé. Il faut prescrire au pharmacien de ne pas employer le benzoate de mercure du commerce, qui est impur et très difficile à dissoudre, mais de préparer lui-même son benzoate de mercure de la façon suivante: traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 120°, diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 p. 40. Cette préparation est longue, car le benzoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps, à l'eau froide; elle exige huit à dix jours. Le sel préparé de cette façon peut se conserver deux mois et même davantage.

La solution de benzoate de mercure au centième dans le

sérum isotonique doit être injectée profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse (et non dans les muscles), à la dose de 2 centimètres cubes par jour. Elle est très bien supportée, bien qu'elle ne contienne pas de cocaïne, et n'occasionne qu'une douleur minime; souvent même elle est complètement indolore. Sous tous les rapports, cette nouvelle formule très simple semble bien supérieure aux formules précédentes, et actuellement c'est celle que M. Gaucher conseille.

IV

M. BARBIER, à propos du *pouls lent post-diphthéritique*, se livre à quelques considérations sur l'état du pouls dans le cours de la diphthérie, considérations pouvant nous donner quelques indications pronostiques intéressantes.

L'accélération avec faiblesse du pouls est un des meilleurs signes de l'intoxication diphthéritique et s'observe dès le début; ce symptôme disparaît plus ou moins lentement après les injections de sérum, et sa persistance est alors un des meilleurs caractères des formes graves; c'est donc un signe pronostique grave; de plus, il indique, pour M. Barbier, la nécessité d'augmenter la dose du sérum.

La réapparition de cette tachycardie est l'indication d'un retour offensif de la maladie, souvent de l'apparition des phénomènes paralytiques.

Le pouls lent est assez rare, puisque M. Barbier ne l'a rencontré que chez 2 malades sur 300 (0,66 sur 100).

Chez les petits malades où cette brachycardie a été observée, elle ne s'est accompagnée d'aucuns symptômes inquiétants et ne paraît pas pouvoir faire porter un pro-

nostic grave; elle a été traitée par le repos au lit, des injections sous-cutanées de sérum artificiel (10 centimètres cubes deux fois par jour) et 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par jour.

Cependant il a paru une thèse de M. Henry (Paris, 1901), sur le pouls lent suite de diphtérie, ayant été accompagné de symptômes graves : arythmie, angoisse précordiale, syncope, dyspnée et mort subite.

MM. TROISIER et COMBY font remarquer que le pouls lent, s'accompagnant souvent d'irrégularité, peut se rencontrer dans la convalescence chez les enfants et chez les adultes après presque toutes les maladies aiguës.

V

MM. BARBIER et ZAGHIRI rapportent l'observation d'un enfant de 26 mois ayant eu une angine diphtéritique associée, compliquée de croup et de broncho-pneumonie; trachéotomie, amélioration de tous les symptômes par le traitement sérothérapique; ablation de la canule; paralysie pharyngée, suivie d'aggravation de la broncho-pneumonie et de mort. Le bacille de Lœffler n'a été retrouvé que dans le bulbe.

VI

MM. BEZANÇON et PHILIBERT lisent l'observation d'une malade de 28 ans, nourrissant un enfant d'un an, entrée le 11 septembre à l'hôpital Boucicaut.

Cette femme, surmenée et misérable, était presque complètement privée de nourriture.

Le 7 septembre. Malaise avec fièvre.

Le 8. Diarrhée abondante.

Le 11. A son entrée, T. 40° ; pouls, 100, ventre normal, pas de diarrhée, pas de gargouillement, rate non volumineuse, pas de céphalée.

Le 12. T. M. 37°, 8. Le soir 39°.

Les jours suivants, fièvre entre 39,4 et 40,2.

Le 15. En présence de cette fièvre et malgré l'absence des symptômes classiques, on recherche la séro-réaction de Widal qui est positive.

Le 16. T. M. 40°. T. S. 40°4. Même aspect. L'examen de l'abdomen décèle, au niveau du bord droit du grand droit, une tumeur allongée, piriforme, mais fortement appendue au bord inférieur du foie, qui est évidemment formée par la vésicule distendue.

Les jours suivants, la fièvre diminue assez brusquement ; les autres symptômes sont stationnaires.

Le 19, pendant la nuit forte débacle de matières liquides verdâtres ; la vésicule est diminuée de volume, la température est tombée à 37°.

Les jours suivants, température normale le matin et un peu au-dessus le soir. La vésicule revient à son volume normal.

Du 22 au 30, petite rechute avec température un peu plus élevée le soir et nouvelle augmentation de la vésicule.

Cet état s'améliore rapidement.

Les auteurs font suivre cette observation des remarques suivantes :

En résumé, nous voyons une malade qui, au cours d'un état infectieux indéterminé, a présenté tous les signes d'une cholécystite catarrhale non suppurée. La nature de cet état infectieux n'eût pu être déterminée par les seules ressources de la clinique, car si la courbe thermique pré-

sentait les caractères d'un tracé de fièvre typhoïde, dans lequel aurait manqué la période d'état, il manquait tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, en particulier la céphalée, la diarrhée ocre jaune, les taches rosées.

Seul ici la séro-diagnostic a permis de poser avec certitude le diagnostic de la maladie.

Ils rapprochent de ce cas une observation de Longuet :

Il s'agissait d'un malade de 28 ans qui, au cours d'une bonne santé, fut pris de douleurs très vives dans le côté droit, avec fièvre, frisson, délire, état typhoïde grave ; c'est en examinant le malade plongé dans un état dynamique que, vers le douzième jour de la maladie, on découvrit, dans la région de l'hypocondre droit, au niveau du point cystique, une sensibilité extrêmement marquée à la pression ; une ponction exploratrice faite au niveau de la vésicule ramena un peu de liquide purulent, et la cholécystotomie, pratiquée par M. Delbet, montra une vésicule petite, rétractée, contenant à la fois trois calculs du volume d'une noisette, et du pus bien lié, très légèrement verdâtre.

Le malade n'avait ni ictère ni coloration anormale des urines ; il n'avait ni diarrhée, ni taches rosées, ni tuméfaction de la rate ; l'incision de la vésicule amena la chute immédiate de la fièvre, et la guérison.

Les auteurs concluent de ces faits et de quelques observations d'infection générale à bacille d'Eberth sans localisations intestinales, des formes septicémiques décrites par MM. Vaillard et Vincent, par duCazal, qu'il y a lieu de modifier notre manière de voir sur la dothiéntérie et qu'à côté des formes habituelles, intestinales de la fièvre typhoïde, nous devons accepter des formes septicémiques, pleurétiques, cholécystique, etc. ;

Quele bacille d'Eberth se comporte comme les microbes saprophytes et détermine comme eux non une maladie à physionomie caractéristique, toujours semblable à elle-même, comme la fièvre typhoïde, mais de simples affections banales, telles que la pleurésie, la cholécystite, etc.

Les recherches de Lœsener, Remlinger, et Schneider, Chantemesse tendraient aussi à rapprocher le bacille d'Eberth des microbes saprophytes, puisqu'on l'a retrouvé quelquefois dans les selles d'individus sains.

A la séance suivante (6 décembre) M. P. LEGENDRE lit une observation que l'on peut rapprocher de la précédente.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, chlorotique, qui a eu dans son service un mouvement fébrile à marche analogue à celui de la fièvre typhoïde et ayant duré vingt-deux jours, sans aucun des autres symptômes de la maladie : la langue est restée nette et rose; il n'y a eu ni épistaxis, ni diarrhée, ni ballonnement du ventre, ni douleur à la pression de l'abdomen, ni hypertrophie splénique, ni bronchite, ni taches rosées, et par deux fois la séro-réaction de Widal, le neuvième et le vingtième jour, a été négative.

La malade sortit à la fin d'octobre pour rentrer le 15 novembre avec la fièvre; cette fois une douleur au niveau de l'hypochondre droit et surtout à la région de la vésicule indique un peu de cholécystite. La séro-réaction de Widal faite à deux reprises donne un résultat positif.

VII

MM. VARIOT et ROY présentent à la Société un enfant de 4 ans $1/2$ atteint de goître exophthalmique.

Cet enfant, né de parents bien portants, originaires

d'un pays où il n'existe pas de goître, a été amené à la consultation de l'Hôpital des enfants malades le 30 mai dernier pour une toux persistante; cet enfant a eu plusieurs bronchites et la coqueluche, il y a eu dix-huit mois. Ses yeux auraient commencé à grossir pendant sa coqueluche et c'est depuis cinq à six mois surtout que sa mère a remarqué qu'ils devenaient saillants.

L'exophtalmie est bilatérale et très accentuée; les yeux ont un éclat brillant; les pupilles sont dilatées. L'occlusion permanente des paupières ne se produit pas pendant le sommeil.

Le corps thyroïde est visiblement augmenté de volume, surtout du côté droit; la main perçoit des battements avec frémissements vasculaires et thrill très marqués.

La tachycardie est très nette, le pouls, bondissant et sec, bat de 152 à 168 par minute; pendant le sommeil il n'est pas inférieur à 140.

Le 6 décembre, l'état s'est considérablement amélioré: l'exophtalmie et le goître sont encore très accentués, mais semblent plutôt en voie de régression; la tachycardie, qui est le symptôme dont on peut le mieux suivre les variations, est tombée de 168 à 140; mais surtout l'état général est excellent: l'anémie, si apparente il y a six mois, a disparu à peu près complètement et l'enfant, qui avait maigri considérablement, vient de gagner 3 kilog. $\frac{1}{2}$ en trois mois; le petit malade est méconnaissable.

M. Variot pense que le traitement, et en particulier le traitement thyroïdien de ces deux derniers mois, n'a pas été sans influence sur l'évolution favorable de l'affection. Au début, frappé surtout par la prédominance des signes d'éréthisme cardio-vasculaire, il avait prescrit la teinture

de strophantus et les bromures alcalins. Quand ces symptômes ont été un peu calmés, il a essayé d'un traitement plus général : sans parler de la médication tonique (huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, viande crue), il a expérimenté le salicylate de soude, que M. Babinski recommande chez l'adulte; ce traitement a donné des résultats négatifs; on a eu depuis recours au corps thyroïde prescrit depuis deux mois à la dose de deux centigrammes tous les deux jours.

M. Variot pense pouvoir lui attribuer l'amélioration notable qui existe aujourd'hui.

M. MARIE croit que l'action du corps thyroïde, d'une façon générale, est chose mauvaise dans la vraie maladie de Basedow. Par contre, dans le goître basedowifié, il en va tout autrement et alors cette médication peut rendre des services.

M. JOFFROY reconnaît qu'il y a deux catégories absolument opposées de Basedowiens au point de vue de l'action de la médication thyroïdienne.

Des observateurs assez nombreux ont publié des faits incontestables où la thyroïdine a produit chez des basedowiens de très bons résultats, et il faut ajouter à ces faits celui que nous présentent aujourd'hui MM. Variot et Roy.

D'autres observateurs ont observé des faits contraires, et, en 1895, M. Joffroy de Bordeaux, au Congrès des médecins aliénistes, a rapporté un cas où le traitement thyroïdien donna lieu, même à doses très faibles, à une très grave crise d'asystolie. M. Marie vient de dire que lui aussi a observé des faits de ce genre.

Il serait sans doute extrêmement utile de découvrir la

cause de résultats aussi dissemblables et de pouvoir distinguer les basedowiens qui doivent être améliorés de ceux qui doivent être aggravés par le traitement thyroïdien, mais il ne croit pas qu'on puisse établir dès à présent que ce sont les goîtres exophtalmiques d'emblée, les vraies maladies de Basedow qui sont aggravées, tandis que ce seraient les goîtres secondairement basedowifiés qui seraient améliorés par la médication thyroïdienne. C'est qu'en effet le cas dans lequel il a observé les accidents asystoliques les plus graves et véritablement alarmants sous l'influence de ce traitement, était précisément un cas de goitre très induré et qui n'avait présenté que secondairement les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow.

Pour M. RENDU, il est certain, comme le dit M. Joffroy, que tous les faits de maladie de Basedow ne sont pas comparables, ni au point de vue de leur pathogénie, ni au point de vue des résultats du traitement.

Il a eu, il y a quelques années, l'occasion de soigner une jeune fille qui, à la suite d'une scarlatine grave, avait été atteinte de goitre exophtalmique. Il commença par la traiter classiquement : le bromure, l'hydrothérapie, la digitale, furent employés sans succès. Dix-huit mois plus tard, ayant eu connaissance des bons résultats obtenus par M. Bécclère sur des sujets atteints de cette affection, il conseilla aux parents de l'enfant de lui administrer, avec beaucoup de circonspection, l'extrait thyroïdien sous la forme d'une pastille de Burroughs et Wellcome tous les trois jours. A sa grande satisfaction, et aussi à sa grande surprise, le résultat fut favorable. Le tachycardie, le goitre et l'exophtalmie diminuèrent, les règles reparurent, et,

depuis, la névrose, sans avoir cessé complètement, est beaucoup plus tolérable.

M. Rendu se demande si ces formes de goître exophtalmique, qui semblent d'origine toxique, consécutives dans son cas à une scarlatine, dans celui de M. Variot à une coqueluche, ne se comportent pas différemment, au point de vue du traitement thyroïdien, des cas où la névrose est spontanée ou consécutive à un choc moral. Il n'est pas douteux, en effet, que le syndrome basedowien ne reconnaisse une pathogénie variable. Il se demande si ces formes paraissant d'origine toxique (scarlatine, coqueluche) ne se comportent pas différemment, au point de vue du traitement thyroïdien, des cas où la névrose est spontanée.

Pour nous, nous croyons que la question de la dose employée a aussi une grande importance et que, chez quelques malades atteints de goître exophtalmique, il est nécessaire d'abaisser beaucoup la dose employée. Nous donnons souvent dans ces cas la 1^{re} dilution décimale, la 1^{re} au centième, la 3^e décim. et même la 6^e.

A toutes ces doses, suivant les sujets, nous avons observé des effets thérapeutiques.

VIII

MM. LEOPOLD LEVI et ANDRÉ LEMIERRE ont observé, dans le service de M. Mathieu, à l'hôpital Andral un cas de *cystite typhique*.

Il s'agit, en somme, d'un cas de fièvre typhoïde à évolution bénigne. Au dix-neuvième jour de la maladie, alors que la température oscille aux environs de 37 degrés apparaissent les phénomènes de cystite, douleurs en uri-

nant, mictions fréquentes, un peu de sang à la fin de la miction, pyurie. Les urines sont du reste acides. L'examen bactériologique fait reconnaître dans l'urine des bacilles mobiles, ne prenant pas le Gram, aussi nombreux que dans un bouillon de culture. L'absence de coagulation du lait, du fait de ces microbes, leur agglutination par le sérum des typhiques, les caractères des cultures, démontrent que ce sont des bacilles d'Eberth. Plus de trois mois après le début de la cystite typhique, l'urine contient encore des globules blancs et des bacilles d'Eberth en culture pure.

Après l'ingestion de 2 grammes d'urotropine pendant six jours, les urines ne contiennent plus ni pus ni bacilles d'Eberth.

La présence du bacille d'Eberth dans les urines des typhiques est assez fréquente (de 15 à 30 p. 100), les cas de véritables cystites sont très rares.

Dans presque tous les cas cette cystite débute au moment du déclin de la fièvre typhoïde; elle est presque toujours précédée d'une albuminurie légère; quelquefois d'une rétention d'urine.

Cette cystite se manifeste par la présence du pus dans les urines; on constate en même temps, par l'examen histologique, la présence des leucocytes et des bacilles d'Eberth.

Comme symptômes, il y a peu de douleurs et les malades s'en plaignent peu. Un caractère tout spécial à cette variété de cystite est la persistance de l'acidité de l'urine, caractère qui se montre du reste aussi pour les cystites à colibacille.

L'affection évolue parfois rapidement, et cède facilement au traitement; d'autres fois elle prend l'allure chronique

et peut se prolonger des mois et même des années. La bactériurie qui, en général, semble précéder la cystite, peut lui survivre très longtemps.

Le plus souvent le bacille d'Eberth existe à l'état de pureté, dans les urines ; dans quelques cas, on l'a vu coexister avec le colibacille.

IX

(*Séance du 13 décembre*). — Le Dr FERRIER a eu l'occasion, il y a quelques années, de soumettre à la médication thyroïdienne 13 sujets atteints d'une affection assez rare, que l'on rencontre quelquefois dans l'armée, le goître épidémique.

La médication fut instituée d'une manière intensive et la plupart des malades prirent pendant deux mois une dose quotidienne moyenne égale à un lobe de mouton par jour, sans présenter aucun accident.

Du reste, le goître aigu est caractérisé par des symptômes qui sont très opposés à ceux de la maladie de Basedow : ralentissement du pouls, hypothermie, diminution du taux de l'urée et des phosphates ; il n'y a jamais eu tremblement ni exophtalmie.

X

(*Séance du 20 décembre*). — MM. ENRIQUEZ et BAUER rapportent une observation de tétanos traité par des injections d'acide phénique ; en voici le résumé :

Il s'agit d'une malade qui, à la suite d'une petite plaie suppurée à l'index gauche, a commencé à ressentir, après dix jours d'incubation environ, des douleurs lancinantes très vives de la racine du bras du même côté et de la

nuque : aussitôt après, en trois à quatre jours, les symptômes marqués du tétanos apparaissent : accès de contraction douloureuse des muscles de la nuque, trismus progressif, accès de suffocation, pas de fièvre cependant, mais pouls rapide à 96. Sous leurs yeux, en quarante-huit heures, les contractures gagnent la face, s'étendent aux muscles de la ceinture scapulaire des deux côtés, gagnent le dos, et enfin les membres inférieurs, qui sont raides comme des barres de fer. Le pouls monte à 100, sans qu'il y ait de température : crises de dyspnée et de vomissements. Il s'agit donc bien d'un cas de tétanos aigu, avec troubles bulbaires (dissociation de la température et du pouls, crises de dyspnée, vomissements).

Il s'agissait donc bien d'un cas ordinairement mortel.

Or, si l'on suit, jour par jour, la marche de la maladie, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que la médication chloralée, ainsi que le sérum, employés pendant les quatre premiers jours du traitement, n'ont influencé en rien la marche progressive des contractures. Le cinquième jour, on prescrit en même temps deux injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de solution phéniquée à 2 p. 100, ce qui correspond à 8 centigrammes d'acide phénique ; le sixième jour, on double la dose, on prescrit 16 centigrammes en quatre injections, et comme malgré ce nouveau traitement les contractures s'étaient généralisées aux membres inférieurs, le 25 on modifie le traitement en ce sens que l'on fait une saignée préalable de 150 grammes, et que l'on injecte ensuite deux fois dans la journée 3 centimètres cubes de la solution phéniquée à 2 p. 100, c'est-à-dire 6 centigrammes d'acide phénique, mais dilués chaque fois dans une injection de sérum artificiel de 200 grammes. Le 26, même

traitement après une saignée de 250 grammes. Le lendemain 27 : amélioration sensible ; d'une façon générale, la contracture a diminué ; la malade ouvre mieux la bouche, et peut en partie tirer la langue.

Les jours suivants, on continue les injections d'acide phénique diluées dans du sérum artificiel, sans pratiquer de nouvelle saignée : l'amélioration va en s'accroissant jusqu'à la disparition complète des contractures.

Ce jour-là, on fait un examen d'urine : elle ne contient ni matière colorante du sang, ni albumine. A partir de ce moment, la malade accuse des symptômes respiratoires nouveaux ; le mouvement fébrile qui avait déjà commencé à se dessiner 37° 8 à 38, à la suite des injections d'acide phénique, s'élève à 39° 2, s'accompagnant de phénomènes fonctionnels indiquant une localisation pulmonaire à la base droite. Après des alternatives diverses, la résorption du foyer pneumonique traîne et l'expectoration abondante de la malade prend des caractères faisant soupçonner une hépatisation grise, que l'autopsie confirme.

L'effet du traitement phéniqué paraît indéniable et il y aurait lieu d'employer de nouveau ce traitement en pareille circonstance.

XI

M. FERNET montre à la Société les photographies d'une femme de 72 ans, qui maigrissait depuis dix-huit mois sans autre cause apparente que le défaut de nourriture. A son entrée à l'hôpital, elle pesait 25 kilos, et un examen attentif ne faisait constater aucune maladie organique. Tous les efforts pour nourrir cette pauvre femme ne parvinrent pas à enrayer l'amaigrissement, qui augmenta

encore et la mort survint vingt jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie ne releva aucune lésion, sinon un amoindrissement de tous les organes.

M. DUFLOQ et M. SOUQUES rapportent tous les deux un cas d'anorexie hystérique, chez deux jeunes filles qui ont guéri par l'isolement, et l'alimentation par la sonde.

Le Dr P. Jousset a publié il y a longtemps ici même un travail sur l'*anorexie hystérique progressive* dans lequel il rapportait plusieurs observations du même ordre.

Dr MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

I. DES TOXONES DE LA TUBERCULOSE. — II. INFLUENCE DE LA DESSICCATION ET DU SÉJOUR PROLONGÉ DANS LA GLYCÉRIE SUR LES MOELLES RABQUES. — III. DE LA PRÉSENCE CONSTANTE D'HEMATOZOAIRES DANS LE PALUDISME EN ALGÉRIE. — IV ACTION DU SÉRUM ANTITUBERCULINEUX PAR LA VOIE SANGUINE OU CONJONCTIVE SUR L'INFECTION PAR DES CULTURE DU BACILLE DE KOCH.

I

On a beaucoup étudié, dans ces derniers temps, la composition des toxines; on y a distingué des produits variables par leur degré de toxicité. Ehrlich, en particulier, a distingué dans la toxine diphtérique une toxine et une toxone. La première déterminerait les accidents

aigus et la seconde les accidents tardifs. M. Arloing a tenté de faire la même chose pour la tuberculine,

Pour isoler les toxones, il faut ajouter à la toxine une dose suffisante d'antitoxine pour la neutraliser. Alors la toxone se manifeste.

MM. Arloing et Descos se sont servis comme antitoxine du sérum d'une chèvre inoculée sous la peau depuis longtemps avec des cultures pures de bacilles humains très virulents. La tuberculine brute neutralisée par ce sérum de chèvre a été d'abord essayée sur des cobayes tuberculeux, mais ces animaux sont beaucoup trop sensibles et on n'a pu arriver à rien de précis.

On s'est servi alors de cobayes et de lapins sains. Les cobayes qui recevaient la toxine pure mouraient avec un œdème généralisé et après avoir perdu 16 p. 0/0 de leur poids. Ceux qui recevaient la toxine neutralisée par le sérum de chèvre vivaient bien plus longtemps ; n'avaient point d'œdème, mais présentaient un amaigrissement beaucoup plus considérable.

Les lapins inoculés avec de la toxine mouraient paraplégiques au bout de cinquante jours. Ceux qui étaient inoculés avec de la toxine neutralisée mouraient vers le cent quarantième jour dans l'état rachitique.

« La tuberculine, dit M. Arloing, neutralisée par le sérum de chèvre, a donc conservé une toxicité particulière que nous comparons à la toxone diphtérique ». (Société de biologie, séance du 21 décembre 1901, page 1116).

C'est là de la science pure sans application jusqu'ici à la pathologie et en particulier à la tuberculose.

II

Nous réunissons en un seul paragraphe les deux com-

munications faites par MM. Rodet et Galavielle parce qu'elles offrent le même intérêt pratique.

On sait que c'est par la dessiccation des moelles de lapin atteints de rage que Pasteur est arrivé à atténuer les toxines de la rage de manière à pouvoir établir la prophylaxie de cette maladie par inoculation de moelle desséchée. Les travaux de MM. Rodet et Galavielle leur ont démontré que la perte de la virulence ne décroissait pas régulièrement avec le nombre de jours de dessiccation. Ainsi avec des moelles desséchées depuis cinq jours inoculées par trépanation chez le lapin, on a obtenu une période d'incubation de onze jours tandis qu'avec une moelle desséchée depuis sept jours, la rage a éclaté neuf jours seulement après l'inoculation. Les expériences que nous rapportons ont établi que les propriétés préservatives par dessiccation de la moelle commençaient dès le quatrième jour, car dès ce moment la longueur de l'incubation a augmenté.

M. Roux conseille la glycérine comme un excellent milieu pour la conservation du virus rabique. Les travaux de MM. Rodet et Galavielle ont établi que la durée de cette conservation avait une limite et que les cerveaux de lapins rabiques immergés dans la glycérine perdaient toute leur virulence au bout d'un certain nombre de mois.

Cette perte de la virulence tient-elle à l'action de la glycérine ou dépend-elle seulement du vieillissement du virus. Cette question n'a pas été élucidée.

Et nos auteurs concluent : « Il résulte de là que si l'immersion dans la glycérine conserve bien le virus rabique en plusieurs semaines, un séjour prolongé lui fait subir des modifications profondes qui aboutissent à la perte de la virulence. » (*loco cit.*, page 1148).

III

Nous avons rapporté une communication du D^r Brault signalant l'absence de parasites dans plus de la moitié des cas de paludisme observés à Alger. Nous devons donc signaler la communication du D^r Billet, disant qu'il avait trouvé sans aucune exception la présence d'hématozoaires dans le paludisme. Et nous ferons remarquer à propos de ces deux faits contradictoires, que de semblables contestations ne s'élèvent jamais à propos du bacille de Koch et du bacille d'Eberth. (*Loco cit.*, page 1.063).

IV

M. Arloing appelle sérum antituberculeux le sérum d'une chèvre ayant subi plusieurs injections de culture tuberculeuse. Toutes les observations publiées par M. Arloing sur ce sujet ont démontré que ce sérum loin de neutraliser l'action des cultures pures du bacille de Koch ne faisait que la favoriser. Cette nouvelle communication confirme les précédentes et voici les conclusions de l'auteur.

« 1^o Administré par la voie veineuse, en même temps que la culture tuberculigène, le sérum antituberculeux se montre impuissant à développer une action thérapeutique quelconque, vis-à-vis de l'infection tuberculeuse, même avec des bacilles atténués. Dans certains cas fréquents, ils favorisent plutôt l'extention de la tuberculose.

2^o Une longue imprégnation par le sérum ne confère à l'économie aucune qualité lui permettant de résister à l'inoculation intra-veineuse du bacille de Koch. » (*loco citato* page 1076).

D^r WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

TROUBLES DU SOMMEIL

Apis : L'enfant s'endort, mais ne peut goûter le sommeil; il est agité, impressionnable, très irritable, nerveux.

Belladonne : L'enfant ne peut s'endormir à cause de la congestion ou de l'inflammation du cerveau; l'hypérémie amène une sorte de somnolence, un tel état d'épuisement du cerveau que l'enfant ne peut dormir.

Lycopod. : L'enfant s'éveille, irritable, rejette ses couvertures et frappe les objets qui l'entourent (Cupr., Bellad., Stram., Zincum); l'enfant s'éveille en criant.

Cocculus : Insomnie par excitabilité cérébrale, et dès qu'on empêche le sommeil le sujet se sent malade.

Pulsat. (30°) : Sommeil agité; le sujet s'éveille souvent, a des rêves pénibles; au réveil l'enfant est maussade.

Nux. vom. : Le malade s'endort le matin le soir les idées sont abondantes, il est gai, (pulsat.). Il s'éveille de 3 à 4 heures du matin se sentant fort; il se rendort et s'éveille à l'heure habituelle se sentant beaucoup plus mal.

Sulfur. : L'enfant s'éveille la nuit au moindre bruit; il est gai et ne peut se rendormir.

Selèn. : L'enfant s'éveille souvent la nuit, ou au moindre bruit; il s'éveille tous les matins à la même heure, et ses malaises s'aggravent.

Coffea. : Insomnie par irritation de l'esprit et du corps. Grande gâtté le soir jusqu'à minuit. Sommeil agité la nuit avec mouvements ; réveils fréquents, rêves mouvementés ; le malade s'éveille sans besoin de se rendormir.

Cypripedium : Remède de l'enfance ; ils s'éveillent la nuit avec gâtté, sans aucune envie de se rendormir. Excitation du cerveau, pouvant amener une maladie de cet organe.

Chamomilla : L'enfant est excité, irrité, crie dans son sommeil. Contracture de la face et des mains. Troubles abdominaux, coliques. Face rouge, surtout au menton ; la tête se couvre d'une sueur froide.

Digit. : Sommeil troublé par des rêves ; il croit tomber d'un lieu élevé ; s'éveille avec un sentiment d'angoisse. Affections du cœur ; troubles circulatoires. Anxiété.

Hyosciamus : Insomnie des enfants, qui s'éveillent en criant et effrayés. Ils s'éveillent avec la faim ; la face est rouge sombre, pourpre.

Stramonium : L'enfant s'éveille en criant ; chante et rit sans raison.

Kali brom. : Terreurs nocturnes dans le sommeil des enfants, par excitation excessive du cerveau (reflexes dus à la dentition, aux vers, aux affections du cerveau). L'enfant crie en dormant, voit des fantômes (menaces de méningite).

L'enfant ne peut dormir à cause de sa nervosité. Quand il s'occupe, même jouant avec ses doigts, il se sent mieux.

Lachesis : Aggravation par le sommeil.

Acide phosphorique : Bien que très faible, l'enfant se sent bien reposé après un petit somme.

Calcar. carb. : Insomnie des neurasthéniques. Le sujet

reste éveillé avec des pensées tumultueuses. En fermant les yeux voit des objets qui l'effraient (*delirium tremens*). Mouvements du sang, palpitations. Terreur au moindre bruit ; convulsions, angoisse.

Sepia : S'endort tard le soir, en raison de ses dispositions gaies. Insomnie, ses pensées viennent en foule. Rêve souvent tout haut, avec terreur, avec des pensées joyeuses.

Ferrum phosphor. : Donné à haute puissance, sert dans l'insomnie par hyperhémie cérébrale.

Gelsem. : Le malade est comme engourdi, l'esprit lourd, et ne peut s'endormir, à cause de son état nerveux.

(*Allg. homoop. Zeitung*, 5 déc. 1901).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

LA LOMBRICOSE A FORME TYPHOÏDE

Depuis près de six ans que M. Chauffard a décrit, dans ce journal même, la *lombricose à forme typhoïde*, il ne semble pas que cette forme morbide ait attiré beaucoup l'attention des cliniciens, soit à cause de sa rareté, soit qu'elle reste souvent méconnue. En tout cas, on trouve fort peu de faits de ce genre dans la littérature médicale, ce qui nous engage à faire connaître celui que M. Schupfer vient de publier.

Il concerne une jeune femme de 23 ans, mariée depuis peu, ayant eu dans son enfance une fièvre typhoïde et des accès paludéens. Vers le quarantième jour de sa première grossesse, cette femme éprouva un violent frisson avec

céphalée et fièvre intense, contre laquelle elle absorba une forte dose de quinine; le lendemain elle avortait. Sa santé se rétablit à peu près; cependant, comme elle était restée faible, elle se mit à manger beaucoup, si bien qu'une dizaine de jours après sa fausse couche, elle fut prise d'un malaise général et bientôt d'une élévation de température qui, d'abord intermittente, ne tarda pas à devenir continue et à s'accompagner de céphalée, d'insappétence et de grands frissons.

C'est au douzième jour de cette affection qu'elle entra à l'hôpital; elle présentait alors un état typhoïde léger: prostration, yeux caves, aspect fuligineux des dents, enduit blanchâtre de la langue, haleine fétide, etc.; on relevait, en outre, la présence, sur le tronc et notamment à l'abdomen, de petites taches rosâtres, mal délimitées, ne rappelant que d'assez loin les taches rosées des dothiéntériques; la rate était grosse, mais dure et lisse; on percevait, à la base des deux poumons, quelques râles secs.

Pendant une semaine environ, le thermomètre atteignit ou même dépassa chaque jour 39°; durant toute cette période, la recherche de la séro-réaction de Widal et de la diazo-réaction d'Ehrlich demeura négative; par contre, le sang contenait de nombreux éosinophiles. Alors que la température commençait à baisser, cette femme ressentit un jour une douleur subite à l'épigastre, point où la palpation était douloureuse et révélait l'existence d'une petite tuméfaction dure et élastique; cette douleur persista plusieurs jours, puis s'atténua progressivement. En même temps, elle rejetait un lombric par la bouche et expulsait plusieurs de ces parasites par le rectum; des vermifuges furent dès lors administrés, et peu à peu tout **retra** dans l'ordre.

Discutant la pathogénie de ces troubles typhoïdiques provoqués par les ascarides, M. Schupfer estime que l'hyperthermie, en pareil cas, n'est pas due à l'action directe des nématodes en question, les expériences de divers auteurs ayant prouvé que ceux-ci sécrètent des substances irritantes et convulsivantes, mais nullement pyrétogènes. Aussi estime-t-il qu'il s'agit en l'espèce d'une infection par le colibacille : la virulence de ce microbe s'exalte dans les conditions spéciales que crée la présence d'helminthes plus ou moins nombreux, en même temps que son inoculation est facilitée par les petites ulcérations intestinales causées par l'ascaride lui-même, (*Gazz. degli Osped.*, 12 mai 1901. *Semaine médicale*, 10 octobre).

UN PERE COCAÏNOMANE ENGENDRANT DES ENFANTS IDIOTS

M. le D^r Marfan a observé récemment un fait qui mérite d'attirer l'attention des thérapeutes :

Appelé auprès d'un enfant atteint d'idiotie complète, il fit une enquête qui lui donna les renseignements suivants : du côté de la mère, aucune tare nerveuse, aucune intoxication.

Le père, qui n'appartient pas d'une manière évidente à une famille de névropathes, après avoir été longtemps un homme vif, mobile, emporté, fut, il y a huit ans, à la suite d'une rhinite hypertrophique qui gênait la respiration, amener à se cocaïner.

Actuellement, sous des formes diverses, il absorbe par le nez près de 3 grammes de chlorhydrate de cocaïne chaque jour. Sous l'influence de l'intoxication, il est devenu obèse et a éprouvé des troubles nerveux divers (hallucinations avec cris violents). Il est devenu incapable de travailler.

Ce ménage a eu quatre enfants : 1° une fille âgée de 13 ans, intelligente et bien portante ; 2° une fille âgée de 8 ans, conçue deux mois après les opérations nasales, c'est-à-dire à une époque où le cocaïnisme commençait à peine ; cette petite fille est chétive, un peu pâle, mais très intelligente ; 3° un fils âgé de 6 ans, conçu lorsque le cocaïnisme du père était déjà à son apogée ; c'est l'idiot complet pour lequel on était venu consulter M. Marfan ; 4° un dernier enfant âgé de 10 mois, engendré aussi en plein cocaïnisme, et qui est également un idiot microcéphale. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, sept. 1901).

SATURNISME PAR LES ROBINETS A CLÉ. — M. G. Vidal, membre du conseil d'hygiène d'Arles, signale un danger que présentent les robinets en bois, grands et petits, dits robinets à clé qui sont munis d'une chambre d'étain contenant une certaine quantité de plomb (30,7 p. 100 d'après une analyse de l'auteur). « Le danger ne serait pas grand si les liquides, vin, cidre, bière, ne faisaient que traverser les robinets sans y séjourner ; mais lorsqu'on procède à la tire, comme on dit vulgairement, laissant le robinet fixé à demeure, il arrive que le liquide reste en contact avec le métal pendant un temps plus ou moins long, et alors, le plomb peut être dissous en petite dose, il est vrai, mais suffisamment pour que, par accumulation, des troubles sérieux surviennent chez les consommateurs. »

M. Vidal croit utile de signaler ce fait qui peut aider au diagnostic chez les saturnins méconnus. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1901.)

BIBLIOGRAPHIE

KEYNOTES OF LEADING REMEDIES OF THE MATERIA MEDICA

Par H. C. Allen professeur au Collège médical Hering et à l'Hôpital de Chicago (Caractéristique des principaux médicaments). Un vol. in-8°, Boericke et Tafel. Philadelphie.

L'étude de la matière médicale homœopathique est une différenciation et comparaison continuelle des médicaments entre eux, et des symptômes de la maladie avec ceux qu'ils produisent; pour la faire avec profit, pour choisir, entre ses similaires, le *simillimum*, il faut saisir l'individualité du remède, ce qu'il a de spécial. Pour tirer parti de la volumineuse symptomatologie qui s'offre à nous, il faut que ce caractère particulier d'un polychreste, cette modalité centrale — l'aggravation par le mouvement de Bryone, l'amélioration par le mouvement de Rhus toxicod., les fureurs délirantes de Bellad., l'apathie indifférente de Phosphore — constituent un point de repère autour duquel les symptômes se classent pour être comparés. Simplifier cette étude est en augmenter l'intérêt, et il est nécessaire que les débuts de l'étude de la thérapeutique homœopathique soient rigoureusement dirigés dans cette voie correcte; le livre d'Allen aidera l'élève et le médecin à s'assimiler l'individualité de

chaque médicament, et à en tirer un résultat pour sa pratique.

En moins de 300 pages l'auteur étudie environ 190 médicaments : c'est dire que pas un mot n'est superflu dans cette compilation soignée, aussi instructive et plus pratique que les meilleurs traités d'où elle procède.

Donnons, comme spécimen, en entier, l'article Iode.

Iode convient aux sujets scrofuleux, aux yeux et aux cheveux sombres ou noirs; cachexie lente avec débilité profonde et grande émaciation (Abrot).

Grande faiblesse, essoufflement à monter les degrés (Calc.); durant les règles (Alum., Carbo an., Cocc.). Faim canine; mange souvent et beaucoup, et maigrit néanmoins constamment (Abrot., Nat. m., Sanoc., Tub.) Eructations du matin au soir, comme si partie des aliments était changée en gaz (Kali c.). Souffre de la faim, doit manger à toute heure, anxieux et irritable s'il ne mange pas (Cina, Sulfur); amélioration en mangeant ou après, quand l'estomac est plein.

Démangeaison; descendant dans les poumons, derrière le sternum; s'étendant des bronches à la cavité nasale (Coc. cact., Conium, Phos.).

Hypertrophie et induration des tissus glandulaires: thyroïde, seins, ovaires, testicules, utérus, prostate, etc. — les seins diminuent et s'amollissent.

Goître dur, chez les sujets à cheveux noirs (à cheveux clairs, Brom.), mieux après les repas.

Palpitations, surtout après l'exercice (Digit.), au moindre exercice mental (Calc. ars.).

Le cœur semble comprimé, serré par une main de fer (Calc., Sulf.).

Leucorrhée âcre, corrosive, qui empèse et brûle le linge, surtout abondante au moment des règles.

Dégénérescence cancéreuse du col; douleurs de tranchées dans le ventre, et hémorrhagie à chaque selle.

Constipation avec efforts sans effets, diminue en prenant du lait froid.

Croup; toux membraneuse, rauque, sèche, pire à la chaleur; avec respiration sifflante (*Spongia*).

L'enfant porte la main à sa gorge (*Cepa*), face pâle et froide, surtout chez les enfants gras.

Comparaisons. — Complémentaire de *Lycopod*.

A rapprocher : Acide acét. Brom., *Conium*, *Kali bich.*, *Spongia*, dans le croup membraneux et les affections dérivées du croup; surtout chez les enfants trop grands et scrofuleux.

Se prend bien après : *Hepar.*, *Merc.*; est suivi de *Kali bich.*, dans le croup. Agit bien dans le goître donné après la pleine lune, ou à son déclin — *Lippe*.

Ne doit se donner dans la période d'accouchement qu'à haute puissance. — *Héring*.

Aggravation. Chaleur; enveloppement de la tête; à l'inverse d'*Hépar*, *Psor*.

RÉGIONAL LEADERS

(Principaux médicaments, classés par régions, par le Dr Nash. 1 vol. in-12. Chez Bœricke et Tafel. Philadelphie.)

Ce joli petit livre, divisé en 22 chapitres schématiques, formant entre eux 270 pages, n'a pas la prétention d'être un traité complet, mais un guide pour les débutants dans

l'étude de l'homœopathie. Chaque médicament, par ordre d'importance, est étudié en deux ou trois lignes, résumant ses indications sur tel organe ou telle fonction ; en un clin d'œil, le médecin peut réviser la plupart des symptômes et les remèdes s'y adaptant ; on est assuré d'y trouver le plus important, et l'on y est déjà suffisamment armé pour la pratique.

Pour l'estomac, par exemple, on envisage environ 80 symptômes avec leur remède principal ; pour les organes respiratoires, plus de 100. Le praticien expérimenté trouvera intérêt et grand profit à cette lecture substantielle.

On peut dire que c'est la quintessence de la thérapeutique homœopathique, dégagée, par une longue sélection, des livres majestueux des Maîtres. Malgré son modeste volume, *cet ouvrage a été préparé durant trente ans !*

Nous n'avons, est-il besoin de le dire, rien de pareil en langue française.

D^r PICARD.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

L'ART MEDICAL

FÉVRIER 1902

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

TROIS OBSERVATIONS DE GRIPPE A FORME PULMONAIRE

La thérapeutique officielle, celle qui règne dans les hôpitaux de Paris, avoue, dans la broncho-pneumonie, 147 morts sur 199 malades, c'est-à-dire une mortalité de près des 3/4 (1). Or, que la broncho-pneumonie soit spontanée, ou qu'elle soit symptomatique de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche, de la fièvre typhoïde, qu'elle soit traitée à l'hôpital ou en ville, elle m'a donné une mortalité de 0 p. 100 chez les malades âgés de plus de deux ans.

Cette supériorité du traitement homœopathique est tellement connue qu'un de nos amis, rencontrant un confrère désespéré de l'état de son enfant atteint de broncho-pneumonie lui dit : « Donne-lui Ipeca et Bryone et il

(1) Dict. encycl., Tome XI, p. 58.

guérira. » L'enfant guérit en effet ; mais le père resta incurablement atteint de ses préjugés allopathiques.

Nous sommes donc bien prévenus ; nous savons combien il est difficile d'entraîner les convictions à l'aide de preuves cliniques. Cependant, comme de temps à autre, certaines intelligences honnêtes ont le courage d'accepter la vérité, même quand elle blesse leurs convictions, nous continuons la démonstration de la supériorité du traitement homœopathique par la publication d'observations.

**OBSERV. I. — GRIPPE AVEC BRONCHITE, FORME BÉNIGNE. IPÉCA (6)
BRYONE (6). GUÉRISON.**

X..., enfant de 7 ans, entre à l'hôpital Saint-Jacques le 3 janvier 1902 et est couchée au n° 2 de la grande salle. C'est une orpheline on ne connaît pas les antécédents ; elle est d'ailleurs robuste et bien constituée.

Elle tousse, nous dit-elle, depuis sept à huit jours ; son aspect n'est nullement abattu. La toux fréquente et quinteuse détermine une expectoration muco-purulente assez abondante dans laquelle l'examen microscopique ne décèle ni bacille de Koch ni bacille de Pfeiffer.

La palpation et la percussion ne donnent aucun renseignement. A l'auscultation on entend du côté droit un souffle un peu rude qui disparaîtra au bout de trois jours.

La température est à 38 ; le lendemain elle descendra à 37,5 et à 37 pour remonter le 5 janvier à 37,9 et le 6 à 38. Le 7. Elle est de nouveau retombée à 37 et se maintient entre 36,7 et 37 les jours suivants. L'enfant cependant continue à tousser par quintes ; l'expectoration est moins abondante.

Et la convalescence se confirme de jour en jour.

Ce cas a été extrêmement bénin. Il a cédé rapidement au traitement par Ipeca (6) et Bryone (6).

OBSERVATION II. — BRONCHO-PNEUMONIE GRIPPALIFORME ANORMALE. — SIMULE LA MÉNINGITE AFFECTIOM VERMINEUSE. — IPECA ET BRYONE. — SANTONINE. — CINA. — BRYONE. — TARTARUS. — GUÉRISON.

Solange X... âgée de 4 ans $1/2$ entre à l'hôpital Saint-Jacques le 17 décembre 1901 au soir et est couchée au n° 12 de la grande salle. C'est une orpheline et l'on n'a aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Elle a eu la coqueluche au mois d'octobre dernier et a quitté le service, au milieu de novembre.

A l'heure actuelle elle se présente à nous avec un aspect triste et abattu, la fièvre est à 39 le pouls à 152. Elle tousse par quintes et crache peu. Cette fillette intelligente nous dit qu'elle est dans cet état depuis trois jours.

L'examen physique ne nous révèle rien de caractéristique ; la percussion est normale, peut-être une tonalité un peu plus élevée à droite ; à l'auscultation on trouve la respiration un peu plus rude du même côté et quelques rares râles sibilants. On ordonne Ipéca 6° et Bryone 6°.

7° jour. — Le lendemain 18 décembre la température est à 39, le soir elle atteindra 39,9, l'enfant, très abattue, refuse de prendre aucune nourriture, *elle vomit la moindre gorgée de lait.*

Le traitement est Nux vomica (12°) V gouttes.

19 décembre. 8° jour. — Température 38,5 le matin 39,5 le soir ; même état général. L'enfant a vomi et rendu deux vers. Elle tousse toujours par quintessans expectorer.

9° et 10° jours. — Le 20 et le 21 cet état d'abattement continue avec vomissements sans aucun effort, fièvre

oscillant entre 37,9 et 39,2. L'aspect de l'enfant est méningitique bien qu'elle ne présente pas d'autres symptômes de cette affection que ses vomissements faciles et sa prostration.

11° et 12° jours. — Le 22 et le 23 même état général mais la fièvre baisse successivement à 38,2, 37,9, 37,5. Le pouls est toujours rapide. Le soir du 23 la température remonte à 39. Les râles sont toujours peu abondants, l'expectoration nulle bien que la toux soit fréquente.

14° jour. — Le 25 l'enfant ayant encore rendu un lombric on pense à une affection vermineuse pouvant déterminer ce mauvais état général et on donne deux pastilles de sanctonine plus 15 grammes d'huile de ricin.

16° jour. Le 27. — On ordonne calomelas qui est rejeté.

17° jour. Le 28. — Huile de ricin l'enfant ne rend pas d'autre vers. Pendant ces jours la température a oscillé entre 37,5 et 39.

18° jour. Le 29. — La fièvre est à 38 le matin, 39,9 le soir l'état général est le même, l'auscultation révèle quelques râles sous crépitants très fins des deux côtés. On donne Cina (3°) XX gouttes.

19° jour. Le 30 décembre. — La température est à 38,2 l'état général n'a pas changé, la toux est toujours aussi fréquente ; on trouve enfin quelques crachats qui examinés nous montre en grande abondance le *bacille de Pfeiffer*. On donne Bryona (6°) III gouttes.

20° jour. Le 31 décembre. — La fièvre est à 37,5 le matin, 38,5 le soir, l'enfant est toujours très abattue, ne prend aucune nourriture, et vomit plusieurs fois dans la journée. La toux est plus grasse et l'expectoration plus abondante.

21° jour. Le 1^{er} janvier la fièvre est à 38,9 ; elle baissera

le 2 à 37,5, pour remonter le 3 à 38, et retomber le 4 à 36,9; sans que l'état d'abattement de l'enfant se modifie. Elle continue à tousser et à cracher. A l'auscultation on perçoit des râles sous crépitants un peu partout mais surtout à droite.

25^e jour. Le 5. — La température remonte le soir à 39,2; depuis le 29 décembre l'enfant prenait Cina; on lui donne le soir, Aconit teinture XV gouttes. L'état local est le même.

26^e jour. Le 6. — La fièvre qui, le matin, était à 37,2 monte le soir à 39,1. On donne Bryone teinture III gouttes et aconit teinture X gouttes, même état général et local cependant la fillette a une toux plus grasse et moins quinteuse.

27^e jour. Le 7. — Le soir la fièvre atteint 38; la toux est très grasse à l'auscultation; on entend à droite une respiration rude et quelques râles muqueux. On donne Pulsatille 6^e qui sera continuée le lendemain.

31^e jour. Le 8, le 9, 10, et 11 janvier. — L'état général et local s'améliore l'enfant est plus gaie, les râles diminuent; la température oscille entre 36,9 le matin et 38 le soir. Le 9 et le 10 l'enfant prend, Ipéca et Bryone 6^e Le 10 on ordonne Tartarus 6^e qui sera désormais continué pendant plusieurs jours.

Le 12, la fièvre est complètement tombée; l'enfant, qui jusqu'alors buvait à peine une tasse de lait avec quelques gâteaux demande à manger. On entend encore quelques râles à droite avec un peu de rudesse de la respiration; la toux est beaucoup moins fréquente et l'expectoration insignifiante.

Cette observation est extrêmement remarquable au

point de vue clinique. L'état a été assez grave, puisque pendant trois semaines la malade a présenté une température de 39° et 39°8. Et que le mouvement fébrile n'a cessé complètement que le 33^e jour de la maladie.

L'anomalie de ce cas a porté sur deux points: les symptômes pulmonaires caractérisés par des râles sous-crépitants abondants se sont manifestés du 18^e au 25^e jour de la maladie, tandis que dans les premières semaines la petite malade présentait un aspect méningitique caractérisé par des vomissements incessants, par une anorexie invincible, par un refus de parler et un état d'abattement continu; la température présentait des oscillations d'environ 1 degré entre le matin et le soir, 38°5 le matin, 39°5 le soir. Et de même tous les jours.

La fréquence du pouls et sa régularité nous empêchaient néanmoins de conclure à une méningite.

A la fin de la seconde semaine, l'enfant rendit deux lombrics et cette circonstance nous porta à prescrire des pastilles de santoline suivie de 15 grammes d'huile de ricin, le tout sans résultat et sans amélioration pour la malade. Une amélioration notable commença le 29^e jour et la fièvre disparut complètement pour ne plus revenir à partir du 33^e jour.

Ipéca et Bryone (6) furent prescrits au début et bientôt abandonnés à cause des symptômes cérébraux.

Lorsque les râles sous-crépitants apparurent plus abondants vers le 18^e jour, on revint à Bryone (6) et à Tartarus (3) qui amenèrent la convalescence.

Les bacilles de Pfeiffer se trouvèrent abondamment dans les crachats de la malade.

OBSERVATION III. — BRONCHOPNEUMONIE GRIPPALE. — FORME GRAVE. — IPÉCA ET BRYONE. — CARBO VÉGÉTABILIS. — ARSENIC. — PHOSPHORE. SULFATE DE QUININE. — GUÉRISON.

X..., enfant de 6 ans 1/2, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 26 décembre 1901. Cette enfant est malade depuis quatre jours, elle a de la fièvre et toussé fréquemment.

Le père de cette enfant est atteint de tuberculose avancée, elle n'a qu'un frère, en ce moment bien portant.

Le 27 au matin l'enfant est très abattue; la fièvre est intense: 160 pulsations, 48 respirations; le soir la température atteignait 39,2. L'auscultation permet de constater des râles sous-crépitaux fins, extrêmement nombreux, occupant les deux poumons, mais surtout le poumon gauche; on prescrit Ipeca (6°) et Bryone (6°) II gouttes alternées toutes les deux heures; pour nourriture du lait.

38 décembre. 6° jour. — La fièvre est tombée; la température est à 37 ce matin. Cependant le pouls est toujours à 160. On continue les deux mêmes médicaments et comme la prostration est très marquée, on prescrit du vin rouge coupé d'eau. L'enfant refuse le lait ou le vomit; elle prend de temps à autre quelques bouchés de côtelettes ou des gâteaux. Le soir la température est remontée à 38,2.

29 décembre. 7° jour. — La fièvre est encore tombée à 37, quoique le pouls reste toujours à 160 et l'état général inquiétant; la dyspnée est considérable. L'état local est le même. On continue Ipeca et Bryone. Le soir la température monte à 38,9, le pouls à 172; la respiration à 72; on prescrit alors Carbo vegetabilis (6°).

30 décembre. 8° jour. — Ce matin la température est très peu descendue, elle reste à 38,2. Le soir elle sera à 39,5. II

n'y a cependant que 148 pulsations, mais la respiration est toujours très accélérée 72. Les râles sont les mêmes; un peu plus gros cependant. L'état asphyxique me semble menaçant la somnolence est continue. Je prescris carbo vegetabilis (30) 6 globules. Le soir on reprend Ipéca et Bryone.

31 décembre. 9^e jour. — La descente du matin est plus accentuée qu'hier 38, le pouls est à 148, la respiration est toujours à 72, les symptômes d'asphyxie ont disparu; l'état local est le même, cependant les râles sont un peu moins nombreux surtout à droite. Le soir la température est à 38,5. L'état général est un peu meilleur et l'on revient au traitement par Ipéca et Bryone. L'expectoration a été très abondante; crachats arrondis, puriformes pendant toute la maladie; diarrhée biliaire; on a trouvé de nombreux bacilles de la grippe.

1^{er} janvier 1902. 10^e jour. — L'état général est encore un peu meilleur, la température est à 37,8 le matin, 38,4 le soir; et le lendemain 2 janvier, 11^e jour, l'apyrexie est complète le matin et le soir; cependant le pouls reste à 136 et la respiration à 72.

Les médicaments bryone et Ipeca sont donnés à doses fortes : Bryonia (T.M.) V gouttes et Ipeca (1^{re} trit.X) 0,25.

Le 3 janvier, 12^e jour de la maladie, nouvelle poussée fébrile, la température à 38,7 le matin et à 38,9 le soir. Le pouls est à 152 et la respiration à 72. *L'état local s'aggrave*, les deux poumons présentent des râles muqueux et des râles fins un peu partout; la toux est grasse; on donne Pulsatille et Bryonia teinture mère V gouttes de chaque médicament.

4 janvier. 13^e jour. — La température est à 38,2; le pouls est à 144 et la respiration à 72; la petite malade est

très oppressée et tousse toujours par quintes, l'expectoration est abondante et grisâtre, l'examen bactériologique decèle divers microbes, entre autres le pneumocoque, pas de bacilles de Koch. Même traitement.

5 janvier. 14^e jour. — La température à 38 le matin, monte à 39 le soir; l'oppression augmente, la respiration est à 80. La petite malade se plaint de douleurs très vives dans l'oreille droite. Même état du poumon. On donne Ipeca (1^{re} trit. au X) 0,50 et Bryonia teinture mère X gouttes.

6 janvier. 15^e jour. — La fièvre est aux environs de 39, la dyspnée est intense, les douleurs d'oreilles s'accroissent. Bryone est remplacée par Pulsatille à la dose de III gouttes de teinture mère; et on applique dans l'oreille un liniment à base de belladone.

7 janvier. 16^e jour. — L'état ne s'améliore en aucune façon; la dyspnée est toujours intense, l'enfant a la face toute violacée, prostration considérable; état de somnolence continue. Les selles sont fréquentes, liquides et blanc verdâtre. La température est à 39. On donne Carbo vegetabilis 30^e pour le jour et le soir on revient à Ipeca (1^{re} X), 0,50 et à Arsenicum 1^{re} trit. 0,10. Le soir l'état asphyxique a un peu diminué.

8 janvier. 17^e jour. — La température du matin est à 37,5 et le soir 38,2. Le pouls est à 136 et la respiration à 72. La physionomie de l'enfant est un peu meilleure, bien que la diarrhée persiste ainsi que les douleurs d'oreille. On continue Ipeca et Arsenicum.

9 janvier. 18^e jour. — La température le matin est à 37,5, le soir elle sera à 39,2. L'état général est le même. Le poumon semble s'être légèrement amélioré. La toux est grasse, quinteuse, fréquente. On donne Pulsatille teinture mère III gouttes et Belladone teinture III gouttes.

10 janvier. 19^e jour. — Température 38,2 et 38,7, pouls 124, respiration 76. L'oppression est considérable, les douleurs d'oreilles sont moindres, il s'écoule de l'oreille droite un pus jaunâtre. La diarrhée continue, même état local. On donne Arsenicum 1^{re} trituration 0,10.

11 janvier. 20^e jour. — La fièvre est tombée à 37,5, elle sera le soir à 38,2. L'état local est à peu près le même. L'oppression est moindre, 68 respirations par minute et 132 pulsations. L'oreille droite coule toujours et la diarrhée persiste. On continue Arsenic et on ajoute Tartarus (3^e trit.) 0,10.

12 janvier. 21^e jour. — L'état est à peu près le même, cependant on compte 80 respirations à la minute. On continue Arsenic 3^e et tartarus 3^e, 0,10 de chaque.

13 janvier. 22^e jour. — La température remonte le soir à 38,7. Le pouls est à 140 et la respiration est à 96. La diarrhée diminue. On remplace Tartarus par Phosphorus 3^e.

14 janvier. 23^e jour. — La température est au-dessous de 38, l'état général est meilleur, on entend toujours des râles dans toute la hauteur des deux poumons, mais ils sont plus gros, plus humides. Même traitement.

15 janvier. 24^e jour. — La température atteint le soir 39,4. Le pouls est à 128 et la respiration est à 84. L'enfant se plaint de violentes douleurs dans l'oreille gauche. On fait des lavages au permanganate et on continue Phosphorus.

16 janvier. 25^e jour. — La température du matin est 37, le soir elle atteint 38,9. On compte 105 pulsations et 88 respirations. On donne Carbo vegetabilis 30^e, 6 globules.

17 janvier. — 26^e jour. — La température est encore le soir au voisinage de 39, le pouls est à 120, la respira-

tion à 72. Un deuxième abcès s'ouvre dans l'oreille gauche. L'état local est notablement amélioré. La diarrhée diminue beaucoup.

18 janvier. 27^e jour. — La respiration est à 60, l'état général et local n'ont pas changé, la fièvre atteint le soir 39, le matin elle était à 37. On a remarqué la veille au soir que la température se tenait au voisinage de 39 de midi à 4 heures du soir pour tomber au-dessous de 38 entre 4 et 5 heures. On donne Phosphorus 3°, 5 globules et Quinicum sulfuricum 0,50 en deux cachets pour le soir.

19 janvier. 28^e jours. — Le pouls est à 88, la respiration à 60 et la température à 36,9 le matin, 38,2 le soir. L'enfant joue assise dans son lit, ses quintes de toux sont moins fréquentes, l'expectoration moins abondante. A l'auscultation on entend à peine quelques râles dans le poumon droit et un peu plus dans le gauche. L'oreille droite ne coule plus et la gauche à peine. La diarrhée est disparue. On continue Phosphore et Quinine.

20 et 21 janvier. 29 et 30^e jours. — L'amélioration continue : température 36,8 le matin, 38,2 le soir ; pouls 116, respiration 60, même état général et local. On remplace Sulfate de quinine par Arsenicum 3°, 0,10.

22 janvier. 31^e jour. — La température est à 36,5 le matin, 37,5 le soir, le pouls reste à 120, la respiration à 60, l'enfant est gaie, c'est le début de la convalescence. Encore quelques râles humides dans le poumon gauche.

23 et 24 janvier. — L'amélioration s'accroît.

Si on veut considérer la longueur de la période fébrile qui, dans ce cas, a atteint trente-trois jours ; la hauteur thermométrique qui a souvent dépassé 39 ; l'accélération du pouls variant de 140 à 160 ; la dyspnée caractérisée

habituellement par 72 respirations par minute et à certains moments 96 ; si on prend en considération la lésion étendue des deux poumons caractérisée par des râles sous crépitants fins prédominants d'abord à gauche, puis à droite ; si on remarque qu'à deux fois différentes, le 8^e et le 16^e jour, l'enfant a présenté un état asphyxique caractérisé par la couleur violacée des lèvres, la prostration profonde et la somnolence, *nul* ne pourra nier qu'il ne s'agisse ici d'un cas de broncho-pneumonie de la plus haute gravité.

La guérison de cette longue maladie et principalement l'action incontestable des médicaments sur chacun des symptômes ne peut s'expliquer par l'action seule de l'organisme.

L'Ipéca et la Bryone 6^e alternés ont donné une première amélioration caractérisée par la chute de la température, mais cette amélioration n'a duré que deux jours, le 6^e et le 7^e. Puis la température a dépassé 39 en même temps que l'état asphyxique se prononçait.

Carbo vegetabilis (30), continué pendant toute la journée, a modifié heureusement cet état asphyxique. Ipéca et Bryone, repris le soir, ont de nouveau amené une amélioration dans l'état général et dans l'état local ; à ce moment nous espérions une solution de la maladie. Puis la température s'élevant de nouveau, le pouls augmentant de fréquence, on a donné Ipéca à la 1^{re} trituration décimale et la Bryone en teinture-mère. Il y a encore eu une diminution de la température les deux jours suivants.

Alors une complication nouvelle s'est déclarée. Une otite a envahi l'oreille gauche d'abord, l'oreille droite ensuite et se sont terminées toutes les deux par suppura-

tion ; elles ont contribué à l'élévation de la température et à l'aggravation de l'état général.

Le 16 au matin, l'état asphyxique ayant reparu, *carbo vegetabilis* a été de nouveau donné avec succès.

Arsenic (1^{re}) 0,10 centigr. prescrit le 17 a certainement contribué à diminuer le mouvement fébrile les jours suivants.

Enfin phosphore (3^e) a produit une amélioration définitive dans les derniers jours de la maladie.

A ce moment, le mouvement fébrile étant devenu intermittent, en a essayé le Sulfate de quinine qui n'a point produit d'effets.

Le bacille de Pfeiffer a été trouvé abondamment dans les crachats, au début de la maladie, mais plus tard on n'a plus trouvé que le pneumocoque.

Les évacuations sanguines, la digitale, le tartre stibié, les vésicatoires et les moyens analogues conseillés par les médecins d'enfants (*loc. cit.* page 61 et suivantes) n'ont jamais produit semblable résultat et si les traitements par l'alcool et les applications froides ont la prétention d'avoir diminué la mortalité dans la broncho-pneumonie, ils restent encore bien au-dessous des résultats obtenus à l'aide de la thérapeutique homœopathique.

Ces résultats ont quelque chose de stupéfiant pour les médecins qui sont étrangers aux réformes de Hahnemann. Ils n'hésitent pas à expliquer par les forces de l'organisme la guérison des broncho-pneumonies traitées par l'homœopathie.

Triste argument ! car si, en abandonnant nos malades à la simple expectation, nous avons de tels succès, on est bien forcé d'accuser de meurtrière une thérapeutique qui

applique, sans aucune espèce d'indication, les médications les plus énergiques au traitement de maladies qui guérissent toutes seules.

Quand le hasard de la profession rend un professeur ou un médecin des hôpitaux témoin d'une de ces guérisons inespérées, avec les moyens thérapeutiques dont il dispose et qui, pour nous, sont pain quotidien, son intelligence déraile, et il déraisonne complètement. Nous ne pouvons résister au désir de citer quelques lignes de M. Henri Roger, parce qu'elles peignent parfaitement l'état d'esprit de nos adversaires. « J'ai parlé de résurrection possible, j'en citerai encore deux faits : j'avais été appelé en consultation auprès d'un enfant de 13 mois atteint de broncho-pneumonie ; l'agonie me paraissait commencer, je pronostiquai (contre mon habitude, car il faut toujours laisser aux mères quelques espérances) une mort très prochaine. Derrière moi entra un charlatan, qui regarda le malade, s'abstint d'agir pendant quelques heures jusqu'à ce que les mauvais effets de mon traitement fussent passés ; puis, l'enfant se ranimant, il donna à propos des doses infinitésimales et la guérison s'en suivit.

Ici la nature fit tous les frais de cette cure merveilleuse (1). »

Nous avons beaucoup connu le Dr Roger ; nous avons même eu l'honneur de l'argumenter dans le concours de l'agrégation où il fut nommé. Nous l'avons toujours tenu pour un galant homme, et nous regrettons pour sa mémoire les quelques lignes que nous venons de citer. Nous savons que le médecin est un savant doublé d'artiste, et qu'il est impressionnable comme ce dernier ; et nous comprenons

(1) (*loco. cit.*, page 66).

que le professeur, le médecin d'hôpital ait été profondément humilié, et par conséquent irrité du succès d'un médecin peu connu dont l'art a su ramener à la santé un enfant arrivé aux limites de l'agonie. Mais pour quelle raison Henri Roger s'est-il permis de flétrir ce confrère du nom de charlatan.

Si Henri Roger avait donné le nom de ce médecin, on aurait pu juger si l'épithète était méritée ou non; car malheureusement, il y a des charlatans et chez les homœopathes et chez les allopathes. Mais en l'absence de toute preuve, nous sommes autorisé à conclure qu'Henri Roger a ainsi qualifié son confrère par la seule raison qu'il employait des doses infinitésimales, et nous trouvons la raison injurieuse pour ces milliers de médecins homœopathes qui, dans tout l'univers, tiennent haut et ferme le drapeau de l'honorabilité médicale.

Le récit d'Henri Roger fait voir un homme assez sûr de son pronostic et de l'efficacité de sa thérapeutique, pour attendre quelques heures avant de commencer le traitement d'un enfant si malade.

Charlatan ou non, ce confrère était un médecin expérimenté, qui a fait preuve d'un grand sang-froid et d'une détermination assurée dans sa conduite : enfin il a eu le bonheur de rendre un enfant à sa mère, ce qui est une grande consolation dans notre profession.

Dr P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

HELODERMA HORRIDUM (*Suspectum*) (*Monstre du Gila*)
Lacertidoe. Arrangé par HUGH A. CAMERON, M. D. H. M.
Philadelphie, Pa.

Ce Lézard venimeux est natif d'Arizona, Nouveau Mexique et Texas, et tire son nom usuel du Rio Gila (prononcez Hee-la) dans l'Arizona, dans le désert autour duquel un grand nombre sont trouvés. La méthode employée pour obtenir le poison était d'irriter l'animal suffisamment pour lui faire lancer la salive en mordant sur un verre ou une tasse de porcelaine. Le D^r Charles D. Belden, à Phœnix (Arizona) s'est emparé de quelques gouttes d'un fluide pâteux, jaune, de cette manière et il fut conservé dans du sucre de lait et dynamisé pour l'expérience. Le D^r Robert Boocock, à Flatbush, L. J. N. Y. fit une expérience sur lui-même d'abord avec la 6^e puissance, et puis avec la 30^e, en décembre 1862 et janvier 1893. L'expérimentation, qui fut publiée dans l'*Homœopathic Recorder*, 1893, pages 97-103 et 145-163, est reproduite dans cet article-ci sous forme schématique.

AUTORITÉS CLINIQUES. — *Chorée*, D^r Robert Boocock, *Homœopathic Reorder* 1893, p. 163 ; *Sensation de grand froid*, D^r Charles E. Johnson, *Homœopathic Recorder* 1894, p. 141 ; *Collapsus (défaillance du cœur)*, D^r Robert Boocock, *Homœopathic Recorder*, 1896. p. 66 ; *Ataxie loco-*

motrice, Dr E. E. Case, Medical Advance, 7 juillet 1897 ;
Paralysie agitante, Dr Robert Boocock, Homœopathic
Recorder, 1893, pages 162-163.

ESPRIT. — Pas d'inclination pour l'effort dans aucun sens. Difficulté de se rappeler l'orthographe de simples mots en écrivant. *Déprimé, on se sent très las.* Aversion pour la parole. Très irritable, facilement provoqué. Quand il était excité, il ne pouvait se rendre maître des vrais termes et laissait perdre quelques mots en parlant, par manque de souplesse ou surprise dans la langue. Agitation mentale ; incapable de confiner son esprit dans un objet. Esprit non affecté durant la céphalalgie et autres symptômes violents ; demeure clair à travers ses souffrances.

SENSORIUM. — Vertige et faiblesse en remuant rapidement. Etourdissement avec inclination à tomber en arrière. Sensation comme s'il tombait sur le côté droit ; désire porter sur le côté droit, et ne pouvait marcher droit à cause de cela ; doit s'arrêter d'une façon répétée ou porter les pieds à gauche pour obtenir une marche droite. En se penchant en avant, inclination à tomber en avant ou en arrière. Faible, étourdi, d'où difficulté pour se tenir debout. Impuissance à se balancer (se maintenir en équilibre) accompagnée de nausée.

TÊTE. — Sensation de chaleur dans la tête ; chaleur au vertex. Douleur et battement au sommet de la tête ; la tête se sent ulcérée et brisée. Pression dans la tête et le cuir chevelu ; pression dans le crâne comme s'il était trop plein.

Tête très douloureuse comme s'il y avait une large cou-

verture sur elle, étroitement tendue et serrée (Casque de la neurasthénie).

Sensation d'un lien autour de la tête (Casque de la neurasthénie).

Lien froid autour de la tête, avec plénitude dans le crâne.

Sensation comme si le cuir chevelu était serré étroitement sur le crâne.

Céphalalgie sur le sourcil droit.

Le cerveau se sent comme s'il était échaudé.

Douleur ulcéralive et raideur dans l'occiput, s'étendant au bas du cou.

Points ulcéralifs en diverses parties de la tête.

Douleur intense sur le sourcil gauche, à travers l'œil jusqu'à la base du cerveau et en bas du dos.

Douleur dans la tête et le derrière du cou allant en bas du dos et dans la jambe droite.

Malaise à la base du cerveau.

Douleur dans la tête et douleur de plaie soulagée par un copieux flux de cérumen par les deux oreilles, mais spécialement par la gauche.

Douleur dans la tête, seulement au côté gauche.

Douleurs aiguës, fouillantes dans le côté gauche de la tête.

Douleur aiguë lancinant à travers la tête du dessus de l'œil gauche vers l'occiput.

Douleur aiguë sur la tempe gauche lancinant en dedans.

Sensation de brûlement dans le cerveau.

Pression froide à l'intérieur du crâne.

Douleur dans les os frontal et occipital.

Plénitude dans la tête.

La tête fore l'oreiller à cause de douleurs dans la tête.

Douleur et pression à l'intérieur du crâne, depuis le vertex jusqu'à l'occiput et d'arrière en avant sur l'œil gauche.

Douleur commençant dans l'oreille droite, s'étendant tout autour du derrière de la tête jusqu'à l'oreille gauche.

Céphalalgie sur l'os temporal droit, comme si une tumeur était en formation et pressait à l'intérieur du crâne, affectant la totalité du côté droit de la tête et produisant de l'engourdissement en bas du côté gauche du corps. La douleur s'étend de la tête en bas vers la joue droite et affecte les dents.

Douleur intense dans le derrière de la tête près de l'atlas jusqu'à la racine des oreilles des deux côtés.

Sensation bizarre dans la partie centrale de l'os frontal, qui l'arrachait au sommeil.

YEUX. — Démangeaison des paupières ; larmolement. Paupières collées ensemble.

Pesanteur des paupières, difficultés pour les tenir ouvertes.

Astigmatisme. Quand on regarde aux étoiles et aux lumières éloignées, il apparaît toujours une agglomération de lumières au-dessous et à droite de la lumière principale. Il apparaît aux étoiles, comme une queue de comète en haut et à gauche (Symptômes enlevés par la drogue chez l'expérimentateur).

OREILLES. — Pression derrière l'oreille gauche ; pression dans l'oreille de dedans en dehors.

Copieux flux de cérumen, plus libre au côté gauche.

Oreilles sèches et furfuracées.

Douleur commençant dans l'oreille droite, s'étendant

tout autour du derrière de l'oreille jusqu'à l'oreille gauche.

NEZ. — Douleur de plaie à la narine gauche ; ulcération.

Furfures secs, pruriteux dans les narines, pires à gauche.

Forte attaque d'éternuement. Sécrétion coulante.

Narines sèches.

FACE. — Sensation de chaleur. Bouffées de chaleur.

Sensation froide, rampante de la tempe en bas à la droite.

Sensation comme si la joue gauche était piquée avec des pointes de glace.

Sensation comme si les muscles faciaux étaient tendus étroitement sur les os.

Raideur de la mâchoire.

Sensation ulcéralive, raide à la glande parotide.

Brûlement dans la face, tandis que les autres parties sont froides par places.

Sécheresse des lèvres.

DENTS ET GENCIVES, — Odontalgie, gencives gonflées ; sensation comme si les molaires étaient allongées ; douloureuses en mâchant l'aliment.

LANGUE. — Langue sensible et sèche.

Langue froide.

BOUCHE. — Douleur ulcéralive.

SOIF. — Très altéré.

GORGE. — Sécheresse ; sensation brûlée.

Chatouillement.

Douleur ulcération ; sensibilité au toucher extérieurement.

Piqure, sensation ulcération dans l'amygdale droite.

Sécheresse de la gorge, avec chatouillement dans l'isthme.

Déglutition difficile.

ESTOMAC. — Brûlement acide dans l'estomac.

HYPOCHONDRES. — Gargouillement dans la région de la rate.

Sensation comme si le lien de la ceinture était trop serré.

ABDOMEN. — Douleur aiguë lancinante dans l'intestin, plus au côté gauche.

Douleur à travers l'os du pubis, s'étendant en bas dans testicule gauche.

Douleurs de points dans l'intestin comme s'il était rempli d'épingles, elles l'arrachèrent au sommeil.

Battement dans l'intestin.

Grondement dans l'intestin.

Points dans l'abdomen suivis de selles copieuses lâches, en morceaux, de bonne couleur.

Douleur dans la région hypogastrique gauche qui le réveilla la nuit.

Douleurs aiguës dans la région du cœcum.

SELLES ET RECTUM. — Selles lâches, copieuses, en morceaux, précédées de points dans l'abdomen.

Selle lâche, en bouillie, avec considérable flatulence.

Selle foncée, molle, cependant difficile à expulser.

Hémorroïdes gonflées, pruriteuses et saignantes.

ORGANES URINAIRES. — Vessie irritable ; fréquent besoin de lâcher l'urine.

Incapable de retenir l'urine longtemps ; besoin avec petites quantités.

Ténésme dans l'urèthre avec sensation de sécrétion.

Flux non aussi libre que d'ordinaire ; flux intermittent ; lent comme si l'urèthre était resserré par le spasme et la douleur.

Urine profuse et pâle durant la nuit ; urine profuse pâle, de poids spécifique = 1.000 ; le poids spécifique se maintient entre 1.005 et 1.010 ; jaune-verdâtre ; épaisse comme du lait après avoir séjournée peu de temps ; fétide avec odeur de fruit gâté.

Léger échaudement à la miction.

ORGANES SEXUELS MALES. — Erections.

Pénis et testicules froids, avec sécrétion gluante.

Douleur et tuméfaction du testicule gauche.

Piqûre aiguë dans le testicule gauche.

Douleur dans le dos, sensation paralytique, et à travers l'os pubis, s'étendant en bas dans le testicule gauche.

Sensibilité dans l'urèthre.

Sensations froides dans les génitalia.

Douleur cruelle dans le testicule gauche s'étendant en arrière jusqu'à l'anus.

Malaise à l'extrémité du pénis ; pas de désir sexuel.

Douleurs transitoires et sensation comme si les testicules étaient gonflés.

Douleur dans les testicules et froid comme s'ils étaient gelés.

Douleur dans le testicule droit lancinant en haut dans l'aîne droite.

RESPIRATION. — Plénitude dans la poitrine requérant

un effort pour enfler les poumons ; les poumons semblaient raides et difficiles à gonfler.

Opressé pour l'haleine par le moindre effort.

La respiration était dure et avait un son comme si l'haleine était tirée à travers des tuyaux de fer ; durant la fièvre nocturne.

L'haleine est froide.

Toux. — Légère toux hachante avec douleur dans l'omoplate gauche.

POITRINE INTERNE ET POUMONS. — Points dans le poumon droit jusqu'au bras droit.

Sensation froide dans le poumon droit ; froid et piqure.

Réveillé par une sensation comme si quelque chose avait fait explosion dans le poumon droit ; douleur profonde dans la poitrine vers l'omoplate gauche.

Points dans le cœur et à travers le poumon gauche.

Tremblement et froid dans les poumons.

CŒUR, POULS ET CIRCULATION. — Pression au cœur.

Chatouillement autour du cœur.

Tremblement et froid autour du cœur.

Opression autour du cœur.

Douleurs piquantes, sursautant de gauche à droite.

Points dans le cœur de gauche à droite.

Douleur de plaie dans le cœur, plutôt sous le mamelon gauche.

Secousses autour du cœur comme si le sang avait de la difficulté à entrer dans le cœur où à en sortir.

Battement du cœur senti sur tout le corps ; le cœur bat, il peut le sentir et l'entendre, comme si c'était quelque

machine travaillant ; grand coup lent et laborieux du cœur.

Froid dans le cœur et autour de lui.

Douleur picotante dans le cœur avec froid et piqure dans le poumon droit.

Pouls à 56-72 ; plein ; saccadé ; irrégulier.

POITRINE EXTERNE. — Douleur dans la mamelle droite.

Douleur dans la région du mamelon gauche se changeant au mamelon droit.

Point aigu à travers le mamelon droit jusqu'en dedans du bras droit.

Cou ET DÉS. — Cou raide et douloureux, cependant peut remuer la tête librement et sans accrottre la douleur.

Cou raide ; malaise dans les os du cou.

Douleur du haut du cou, dans la région de l'atlas.

Douleur intense dans le derrière de la tête près de l'atlas jusqu'à la racine des oreilles des deux côtés.

Douleur et battement dans les vertèbres cervicales et dorsales et les muscles lombaires.

Froid à travers les omoplates.

Douleur dans l'omoplate gauche.

Frisson dans le dos depuis la base du cerveau jusqu'en bas.

Douleur dans le dos ; douleur intense dans les muscles lombaires l'arrachant au sommeil,

Malaise dans le rein droit ; douleur comme de point dans le rein droit.

Douleur dans le dos ; sensation paralytique ; et à travers l'os pubis, s'étendant en bas dans le testicule gauche.

Battement et malaise dans la partie supérieure des reins, spécialement le droit.

Brûlement le long de l'épine.

EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES. — Engourdissement du bras droit et de la main avec tremblement.

Fourmillement en bas des bras et aux mains jusqu'au bout des doigts.

Fourmillement dans la paume de la main gauche et le long des doigts.

Traction dans la main gauche suivie de fourmillement et d'aiguillonnement; sensation de fourmillement qui courut en haut du bras gauche avec saccade, et causa un arrachement, ou saccade dans la tête, comme si elle était tirée sur le côté gauche,

Douleurs dans les mains en tenant quelque chose pendant quelque temps.

Tremblement des mains.

Mains bleues, fendillées et rudes.

Tremblement des bras; difficulté à tenir la main ferme en lisant et écrivant.

Sensation froide dans le biceps droit.

Douleur dans la jointure du coude droit.

Points à travers les os des petits doigts.

Tremblement et froid en bas des bras.

Sensation raide, engourdie, paralytique dans le bras gauche.

Pincements dans le bras et la jambe gauches.

Le tremblement dans le bras et les cuisses l'arrachait du sommeil.

Tremblement dans le bras droit et la jambe gauche.

Mains et pieds bleus avec froid; froids comme glace.

Sensation froide dans le bras droit, la jointure du coude, la cuisse droite et le pied gauche.

Froid au côté externe de la jambe gauche, au côté interne du bras droit.

EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES. — Sensation engourdie autour et en bas de la cuisse gauche.

Sensation forante douloureuse dans le tiers moyen de de la cuisse gauche.

Douleur dans la cuisse et le mollet gauches comme s'ils étaient brisés.

Points à travers le tiers moyen de chaque cuisse.

Sensation engourdie en bas de la jambe droite; en bas de la jambe gauche.

Saccade vers le haut des jambes.

Froid s'étendant du genou au mollet.

Froid des jambes et des pieds; froid en haut vers les genoux.

Douleurs forantes aiguës dans le tibia de la jambe droite, avec secousses du bras et de la jambe.

Sensation de lien serré autour du cou de-pied-gauche, comme s'il devait séparer le pied par incision.

Tremblement. Saccade.

Douleurs dans les os de la jambe gauche.

Fourmillement et brûlement des pieds comme s'ils se remettaient d'une gelure.

Pieds chauds durant la nuit jusqu'à 5 heures du matin, puis ils devinrent froids et engourdis et furent secoués en haut.

Brûlement dans les pieds empêchant le sommeil, on doit les porter hors du lit.

Raideur et douleur dans la cuisse gauche.

Sensation comme si on marchait sur une éponge et comme si les pieds étaient gonflés; une élasticité et sensa-

tion de relâchement en marchant qui requiert des précautions, comme s'il n'était pas sûr de ses pas.

Marche chancelante.

Tendance à tourner vers la droite en marchant.

Secousse comme si le pied voulait faire ressort en marchant, le faisant marcher comme s'il avait la « démarche du coq. » (*Gressus gallinaceus* — *Lachesis*.)

En marchant il soulève les pieds plus haut que d'ordinaire et pose le talon à terre durement (*gressus vaccinus*).

Sensation raide, pleine dans la fesse comme si elle ne pouvait remuer, mais quand il remue il est surpris de la facilité avec laquelle il peut le faire.

Pieds froids; froids comme glace; sensation fourmilante comme s'il se remettaient de la gelure.

Le brûlement dans les pieds le réveillait; il doit les sortir du lit avant de pouvoir retrouver le sommeil.

EXTRÉMITÉS EN GÉNÉRAL. — Membres froids; ils ne pouvaient être réchauffés sur un chaud registre du fourneau.

« Froid du pôle arctique ».

Raideur à travers tous les membres.

Tremblement et saccade des membres.

MOUVEMENT, ETC., — Tremblement et faiblesse en se levant précipitamment pour la marche, après s'être reposé dans une position assise.

Chancelle autour de la chambre à coucher en essayant de s'habiller.

Abondance de force mais incapable de se tenir en équilibre; quand il tente un effort en avant, il chancelle tout autour comme un homme atteint de paralysie ou d'ataxie locomotrice.

La pandiculation soulage les douleurs dans les muscles et les membres.

Le mouvement n'accroît pas la douleur.

Raideur et douleur en différentes parties, cependant il peut les remuer librement et sans accroître la douleur.

NERFS. — Tressaille facilement à l'ouïe des sons, avec tremblement; tressaille au son du tintement d'une cloche.

Sensation de fatigue.

Très faible et nerveux.

Pas d'inclination pour l'effort en aucun sens.

Tremblement du côté gauche, mains secouées (ou gercées?)

Tremblements.

Le tremblement peut être réprimé par un effort de la volonté.

Sensation de grande prostration; on en a conscience même dans les rêves.

Sensation engourdie le long du côté gauche.

Agitation la nuit.

Tremblement pendant quelques secondes de temps en temps en lisant ou écrivant tranquillement, il secoue tout le corps et empêche de lire.

Secousse et tremblement de groupes de muscles.

« Le résultat de la morsure est une paralysie engourdis-
« sante, semblable à la paralysie agitante ou à l'ataxie
« locomotrice. Il n'y a pas de phase tétanique — état
« presque inverse aux symptômes objectifs de l'acide
« hydrocyanique ou de la strychnine ». (Professeur Sir
John Lubboch).

« Un chien, mordu au nez montra des symptômes sem-
« blables à ceux dont avait souffert un cheval par chan-
« cellement aveuglé, mais bientôt il commença à se
« tourner tout autour en cercle et il tomba mort au bout

« d'environ vingt minutes ». (John A. Spring, *Chamber's Journal*, 1890).

SOMMEIL. — Somnolence mais inhabileté à dormir.

Est couché tranquille comme s'il était dans un état de stupeur.

Sommeil inquiet; se réveille à 3 heures du matin.

Sans sommeil après 1 heure du matin.

Arraché du sommeil par les douleurs à 3 heures du matin.

Arraché du sommeil par des douleurs en diverses parties, par des rêves, par un tremblement dans les bras et les cuisses, par une saccade dans la tête, etc.

Rêves de miction au lit; d'audition de la sonnerie du téléphone; de gens morts et de cimetières; le médecin rêve de cas qui se présentent de diphthérie maligne.

FIÈVRE. — *Froid interne*, depuis le cœur; comme s'il était gelé à mort intérieurement.

Froid de dedans en dehors; comme s'il était rempli d'un froid mortel; amélioré après avoir mangé des conserves chaudes acides.

Un fort frisson courut en bas du dos, depuis la base du cerveau jusqu'aux fesses.

Cercles froids autour du corps, commençant entre les omoplates.

Des ondulations froides montent des pieds ou descendent depuis la base du cerveau. Arraché du sommeil par une sensation froide rampant en bas du corps et des jambes; sueur très froide et visqueuse (*Hom Recorder*, 1894, p. 506).

Froid causant du tremblement.

Sensation frissonnante en diverses parties du corps.

« Froid du pôle arctique » en diverses parties.

Température au-dessous de la normale, à 96°-97°.

Froid arctique à travers tout le corps excepté la tête et la face, avec grande fatigue et malaise dans les os; sent comme si des vents très froids soufflaient à travers des trous de ses vêtements et glaçaient ses chairs.

Un frisson le réveilla dans l'après-midi; ondulations froides des pieds en haut.

Froid amélioré par les aliments chauds.

Se ratatine par l'exposition au gros temps; inclination à s'asseoir sur le registre du fourneau.

Sensation chaude dans la tête et s'étendant en bas du dos.

Fébricitant durant la nuit; rôti (desséché par la chaleur).

Pieds très chauds; chaleur à travers tout le corps passant bientôt, suivie de froid arctique mais non de frissons; ces sensations alternèrent pendant quelque temps.

Absence de sueur.

DIRECTIONS. — Douleurs de points allant de gauche à droite.

SENSATIONS. — Sensation en diversess parties comme si une aiguille était enfoncée dans la chair.

Battement sur tout le corps.

Malaise intense dans les os et toutes les parties du corps.

Sensation de tremblement intérieur dans toutes les parties du corps.

Malaise semblable à celui que l'on sent au début de l'influenza.

« Froid arctique ».

PEAU. — *Démangeaison de la peau comme par des insectes. Pétéchies.*

PÉRIODES DE LA VIE. — « Un jeune mineur fut mordu. Quoiqu'il fut auparavant dans le meilleur état de santé, il commença aussitôt à maigrir, devint mélancolique et mourut en quelques mois, à la manière de ceux qui succombent à ce que les Allemands appellent la phthisie galopante ». (John A. Spring, *Chamber's Journal*, 1890).

Ceux qui ont été adonnés à l'usage de l'alcool sont plus sérieusement affectés par la morsure (Belden).

RELATIONS. — Le vinaigre et le jus de citron ont soulagé quelques-uns des symptômes.

D^r KRUGER.

APOCYNUM CANNABINUM

(*Chanvre indien ; chou de chien*).

Encore un de nos soldats réfugié traitreusement au camp allopathique, à la faveur d'un laissez-passer que lui a délivré le *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon-Limousin, en 1899.

Apocynum cannabinum, qu'il ne faut pas confondre avec *Cannabis indica*, appartient à la famille des Apocynacées, dont tous les représentants sont vénéneux et quelques-uns des poisons mortels.

Cette plante pousse à l'état sauvage, aux bords des marais et des cours d'eau, dans le nord des Etats-Unis d'Amérique et au Canada. C'est un végétal vivace, de couleur brune, haut de deux à trois pieds, à tige herbacée pourvue de branchioles. Les feuilles sont opposées, ovales et pointues aux deux extrémités, quelque peu

recouvertes de duvet à leur face inférieure. Les sommités sont pédonculées, et portent des fleurs multiples et pubescentes. La corolle est mince, verdâtre, et pourvue d'un pistil droit, à bords droits, montant aussi haut que le calice. La cosse est longue d'environ deux pouces, semblable aux cosses d'*Asclepias syriaca*, sans être, de beaucoup, aussi large. Tige et racine contiennent un suc laiteux qui se concrète en une substance analogue au caoutchouc.

La racine constitue la partie officinale de la plante. Elle est horizontalement longue de cinq à six pieds, épaisse d'environ un tiers de pouce, et se divise, finalement, en ramuscules à terminaison brusque. Jaune brun quand la plante est jeune, elle devient marron foncé quand la plante gagne de l'âge. Son odeur est forte ; son goût nauséeux, parfois âcre, toujours amer.

La teinture se prépare avec la racine fraîche. Homœopathiquement, elle est employée aux dilutions élevées ; mais il faut descendre progressivement à la teinture mère dès que le médicament se montre inefficace (10 à 20 gouttes par jour) (1). Cependant Hale, dans ses *New-Remedies*, remarque qu'il s'est servi avec succès d'une

(1) Sur l'emploi du médicament, Hale nous donne in *New-Remedies* (T. II, p. 33), les indications suivantes : Contre l'hydropisie primitive, aiguë, employer les dilutions à partir des atténuations élevées, et descendre plus ou moins rapidement, suivant les progrès de la maladie ;

Contre l'hydropisie chronique, atonique et secondaire, employer la teinture ou la décoction, à la dose de 8 grammes ;

Comme *Digitalis*, *Apocynum* est souvent, en apparence, inefficace, lorsque le médicament est administré en teinture alcoolique.

teinture préparée au moyen de *Spiritus nitri dulcis*. Cette teinture et ses atténuations auraient été moins efficaces contre l'hydropisie. D'après Hale, également, on se serait servi avec succès, contre l'hydropisie, d'une infusion de 30 grammes de racine fraîche dans 250 grammes d'eau, administrée par cuillerées à café; et cette préparation aurait agi plus rapidement que toute autre. Dans les affections pulmonaires, par contre, la trituration se serait montrée plus active.

Cependant avant d'entrer plus loin dans l'histoire homœopathique du médicament, écoutons ce qu'en pensent les allopathes et le *Formulaire des médicaments nouveaux* :

« MM. Schmiedeberg et Lavator en ont retiré deux substances rentrant dans la catégorie des médicaments cardiaques, et qu'ils désignent sous le nom d'*Apocynine* et d'*Apocynéine*.

« Des expériences faites sur des animaux avec l'extrait alcoolique et le résidu obtenu après évaporation de l'alcool (ce résidu fut dilué dans l'eau), il résulte que la racine d'*Apocynum cannabinum* est un poison cardiaque énergique qui, administré à petites doses, ralentit les battements cardiaques tout en les rendant plus énergiques.

« La racine d'*Apocynum* a été recommandée comme cardiaque par G. Murray.

« L'*Apocynéine*, à petite dose, produit l'arrêt du cœur en systole, chez les grenouilles. L'*Apocynéine* est comparable à la digitaline, tant au point de vue de ses pro-

riétés chimiques qu'au point de vue de son action physiologique (1).

« La racine est employée, aux États-Unis, sous forme de décoction, comme diurétique et diaphorétique, contre l'hydropisie (2). A haute dose, elle agit comme émétocathartique. Elle est vermifuge. Employée contre la dyspepsie, la scrofule, le rhumatisme. La plante fraîche contient un suc laiteux qui enflamme les muqueuses. La plante entière sert à empoisonner les cours d'eau.

« Dans des observations faites sur lui-même par Glinsky et des sujets malades, G. Murray s'est assuré que la racine d'*Apocynum* est un bon tonique du cœur : les battements

(1) D'expériences irréfutables du professeur François-Franck, du Collège de France, il résulte que les effets thérapeutiques de la *Digitaline* sont superposables aux effets physiologiques, et que, par conséquent, ils ne sont pas conformes à la loi de similitude (François-Franck, Analyse expérimentale de l'action de la Digitaline sur la fréquence, le rythme et l'énergie du cœur, Paris, Masson, 1894). Probablement cette remarque s'applique également à l'*Apocynéine*.

(2) Il est sans doute ici question d'une préparation au sujet de laquelle Hale dit, d'après Hunt, in *New Remedies* (T. II, p. 45). « Effectivement, dans beaucoup de cas, surtout dans l'hydropisie, on obtient les résultats les plus efficaces, les plus rapides et les plus sûrs avec la décoction de Hunt, qui se montre supérieure à tous les autres remèdes. Pour la préparation, on emploie une partie en poids de la racine, qu'on recouvre de neuf parties en volume d'eau bouillante. Laisser reposer pendant six à huit heures, ajouter une partie d'alcool, laisser reposer encore pendant six à huit heures, filtrer et se servir de cette préparation comme d'une décoction constante. La première et la deuxième dilution sont obtenues au moyen de l'eau ; les suivantes au moyen de l'alcool ».

se ralentissent; le pouls devient plus plein; la matité cardiaque diminue d'étendue, la diurèse est augmentée. Pas de phénomènes secondaires fâcheux, à part les battements des vaisseaux sanguins de la tête.

« M. Murray préconise les préparations suivantes : 1° l'infusion (4 gr. p. 240 gr. eau), à la dose de 3 à 4 cuillerées à bouche par jour; 2° l'infusion alcoolique (1 : 10) à la dose de 0 gr. 60 : 300 gr., trois à quatre fois par jour; 3° l'extrait, à la dose de 10 gouttes, 1/2 cuillerée à thé, trois fois par jour. — Extrait fluide, de 5 à 4 gouttes. — Poudre, 3 à 6 centigrammes. — Teinture à 1/5 : 4 grammes. — Décoction, 10 grammes, par 25 grammes d'eau. »

Que si, à présent, nous nous plaçons au point de vue homœopathique, nous pourrions, dès le début, aisément établir, d'après Heinigke (*Matière médicale*), Allen (*Encyclopédie*), Hale (*Nouveaux médicaments*) et R. Hughes (*Manuel de Pharmacodynamie*), qu'ici aussi, comme dans beaucoup d'autres cas, nous avons la priorité sur les allopathes. Néanmoins, pour mettre tout le monde d'accord, rappelons, avec Farrington, que « Pline — qui n'est pas précisément un de nos contemporains, et qui ne pouvait avoir découvert l'Amérique — soutenait qu'*Apocynum* était très nuisible aux chiens, et que la plante devait son nom à cette circonstance. »

Mais revenons aux temps actuels. Lors de l'Exposition universelle de 1900, le Dr Oscar Hansen, de Copenhague, a soumis au Congrès homœopathique de Paris un mémoire sur ce médicament. Il se base sur les auteurs homœopathes que nous venons de nommer, et signale, en outre, des expériences faites sur les chiens par le Dr Rose-Bradford. D'après ce dernier expérimentateur, le médi-

cament agirait surtout sur le cœur : à fortes doses, le cœur s'arrête en diastole ; à doses massives, en systole. Il serait donc analogue à *Digitalis*, à *Strophantus*, à *Adonis vernalis*, à la *Caféine* et à la *Spartéine* ; cependant il ne provoquerait pas, comme la Digitale, la contraction des artères.

La pathogénésie ainsi établie par le D^r Oscar Hansen dit :

« En parcourant ces recherches sur *Apocynum cannabinum*, on voit qu'il influe spécialement sur les reins, sur la peau et sur les membranes séreuses, il y produit des affections hydropiques ; en plus, il provoque, dans le canal digestif, des diarrhées aqueuses, relâche les sphincters de la vessie et de l'anús, et donne naissance à des hémorrhoides. Il affaiblit le cœur, et irrégularise le pouls. Quant aux symptômes caractéristiques, il faut, d'abord, noter les effets cérébraux, à savoir, un vertige soudain qui disparaît de même subitement ; l'hydrocéphale aigu, surtout si le cri hydrocéphalique fait défaut (pour *Apis*, le cri constitue une indication certaine). Comme pour *Apis*, il existe des mouvements constants et involontaires dans un bras et dans une jambe (pour *Apis*, on observe souvent des crampes dans un bras et une jambe, et des paralysies dans l'autre bras et l'autre jambe (1). Les symptômes stomacaux sont : forte soif ; l'eau produit des douleurs, ou est aussitôt vomie ; ceci ressemble aux symptômes causés par *Arsenicum*, où il y a soif, mais en général de telle sorte que le malade boit peu et souvent

(1) Comme *Apocynum* et *Apis*, *Aceti Acidum*, remarque Farrington, agit sur l'hydropisie. L'acide acétique a sa place entre *Apis* et *Arsenic*, et se distingue de ces deux médicaments par la prédominance des symptômes gastriques.

(soit après *Bryonia* : le malade boit beaucoup à la fois). Pour *Arsenic* également, l'eau est vomie quand elle s'est réchauffée dans l'estomac : le même phénomène se produit avec *Phosphorus*. Le professeur Hale a observé que la sensation d'affaissement dans l'épigastre était caractéristique pour *Apocynum cannabinum* ; on retrouve ce symptôme ailleurs (*Sepia, Ignatia, Hydrastis*). Parmi les autres symptômes gastriques, il faut citer : vomissements douloureux, dilatation hypogastrique, ascite, ténésme rectal avec douleurs oppressives et descendant vers le bas de l'anus ; les selles sont aqueuses. Il y a souvent des diarrhées avec glaires, à évacuation presque inconsciente. C'est le défunt professeur Farrington qui a fait ressortir ces derniers symptômes.

« Pour les symptômes intestinaux, *Apocynum cannabinum* ressemble beaucoup à *Aloès*. Pour les symptômes de l'appareil génito-urinaire et de l'appareil respiratoire, il y a miction quelquefois très restreinte ou très abondante et de couleur claire ; il y a ménorrhagie avec pouls faible et difficulté pour soulever la tête de l'oreiller. Les hémorrhagies sont ou fluides ou grumeleuses, continues ou intermittentes. Il y a une forte sensation de pesanteur caractéristique dans l'épigastre et dans le thorax, pression qui gêne la respiration et une toux ou sèche ou râlante et humide. En général, les sécrétions urinaire et sudorale sont diminuées ; Hale dit que quand la peau redevient humide, les hydropisies s'améliorent. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier, souvent intermittent (1) ».

(1) Farrington compare encore ce médicament à : 1° *Helleborus* et *Digitalis* ; ils sont analogues à *Apocynum* par la provocation à la torpeur, le pouls lent, etc. ; mais, en général, *Apocynum* est

En général, la sphère d'action pathogénétique et curative du médicament semble limitée aux reins, sans aller toutefois au delà de la congestion passive, avec légère irritation de la muqueuse utérine; car même dans les cas héroïques, on n'a jamais trouvé dans les urines la moindre trace de sang, ni d'épithélium, ni d'un dépôt anormal quelconque. Son principal caractère général consiste en une chute notable des forces organiques (relâchement des sphincters et défaut de force musculaire). Ce défaut de force est un symptôme général, important qui qualifie les symptômes cardiaques rénaux et intestinaux.

« Lorsque *Apocynum* est indiqué, dit Farrington, il faut la présence des symptômes suivants : confusion et pesanteur de la tête; somnolence et faiblesse, ou sommeil troublé et inquiet. Les fonctions sont paresseuses, le pouls lent. Il y a constipation, quoique les fèces ne soient pas dures. Les reins sont torpides, l'émission urinaire copieuse, presque involontaire, à cause du relâchement des sphincters. Nez et gorge sont, au réveil, remplis d'une mucosité jaune épaisse. Sensation de pression au creux épigastrique et à la poitrine; le sujet trouve à peine haleine pour parler, même après des repas plus

préférable, attendu que souvent *Digitalis* n'agit pas sûrement; 2° *Aloès* qui possède, également, une action affaiblissante sur le sphincter anal avec grande prostration après la garde-robe; mais avec *Aloès*, les selles contiennent des glaires gélatineuses, en même temps qu'il existe des coliques par distensions intestinales; 3° *Gummi Gutt* qui a des selles précédées de tranchées excessives au nombril. La garde-robe est rejetée « d'un coup » après une pression notable; elle est suivie d'une sensation de grand soulagement.

légers que d'ordinaire. La malade éprouve une sensation d'oppression à la poitrine; il est forcé de faire des inspirations fréquentes. Il existe un frémissement du cœur, une sensation d'élancement et de prostration à la région cardiaque. Le pouls est irrégulièrement intermittent, et devient parfois faible, puis lent et pénible; de temps à autre, il manque une pulsation. »

Quant aux applications cliniques du médicament, les allopathes semblent déjà y avoir renoncé, sous prétexte qu'il provoque des nausées; probablement, comme partout ailleurs, nos confrères allopathes se seront, d'ores en avant, servis de doses massives. Les homœopathes, par contre, ont obtenu d'heureux résultats avec *Apocynum*. Signalons.

Les hydropisies, surtout l'hydropisie par affection rénale; ascite, anasarque, œdème des pieds et même hydrothorax, ayant leur origine dans un trouble des fonctions du rein. D'autres cas, comme, par exemple, hydropisie par affection organique du cœur, ne peuvent être combattus que palliativement, sans qu'on puisse espérer agir sur l'essence même de la maladie. L'hydropisie post-scarlatineuse et l'albuminurie simple sont souvent rapidement jugulées par ce médicament. Il n'en est pas de même pour la maladie de Bright, attendu qu'ici, comme l'observe Burt, le rein est altéré dans sa structure.

L'hydrocéphalie est également tributaire d'*Apocynum* : la tête est grosse, l'os frontal bombé, les fontanelles sont largement ouvertes; il existe du strabisme et, dans les cas extrêmes, de la cécité; paralysie unilatérale. Ce cas a beaucoup d'analogie avec *Apis*, mais il manque le cri encéphalique. *Apocynum* est indiqué dans les cas moins avancés que ceux auxquels convient *Apis*. Un ou deux cas ont été guéris par l'usage prolongé du médicament.

La diarrhée, dans certains cas, demande *Apocynum* : selles copieuses, aqueuses, jaunes ou brunâtres et contenant parfois des aliments indigérés. Elles sont évacuées avec un effort expulsif, à la manière d'un bouchon tiré d'une bouteille; le sphincter anal est à ce point faible, que les selles sont involontaires, ou s'échappent parfois à la faveur d'un gaz lâché par le malade. Après la garde-robe, le malade est faible, ou il éprouve dans l'abdomen une sensation « d'anéantissement »; le visage est pâle et recouvert de sueur froide.

Les hémorroïdes avec sensation d'un corps étranger enfoncé dans l'anus, sont, elles aussi, soulagées par notre médicament.

Le diabète insipide est, d'après Hale, un effet primitif d'*Apocynum*, avec ce symptôme caractéristique « sensation d'enfoncement à la région de l'estomac avec grande faiblesse. »

Le Dr Drysdale a vanté le remède contre l'obésité avec troubles gastriques, congestion du foie, constipation et spasmes fréquents.

Le Dr Waterhouse, in *Homœopathic Recorder* le conseille contre l'abus du tabac et du whisky. Il rapporte un cas dans lequel il fut guidé par les symptômes thoraciques, l'œdème des paupières et de la face.

La catarrhe nasal est également provoqué et guéri par ce médicament. Hale dit à ce sujet : « Sécheresse particulière de la muqueuse nasale, avec sensation de raideur suivie d'une évacuation de mucus jaune épais, précédée parfois par un écoulement liquide et irritant. »

Les hémorrhagies utérines, dit le Dr Marsden, sont jugulées par ce médicament. Dans un cas (ménorrhagie) l'écoulement sanguin était abondant et coagulé; l'hé-

MATIÈRE MÉDICALE

morrhagie était liée à une grande irritation de l'estomac et à des syncopes. Dans un autre cas, l'hémorrhagie se produisit *lors de la ménopause* : en une seule semaine, elle fut arrêtée, après qu'elle eut duré six semaines. Le Dr Marsden rapporte encore nombre d'autres cas de guérison. Il employait la teinture mère, par gouttes.

Hale, dans sa clientèle, s'est servi du médicament comme d'un *restaurateur* des règles chez des femmes hydropiques. Et le Dr Barnes, en Californie, rapporte que, souvent, il a guéri l'aménorrhée chez des jeunes filles au ventre ballonné et aux extrémités enflées.

Allen signale la guérison du purpura et l'arrêt d'hémorrhagie *post partum*, avec notre médicament.

Le Dr Lindsay analyse son propre cas d'hémoptysie grave, contre laquelle *Aconitum*, *Hamamelis*, *China* et *Erigeron* étaient demeurés impuissants, et qui céda rapidement à *Apocynum* 1^{re} décimale, répété toutes les quelques minutes. Un autre médecin a aussi jugulé des hémoptysies chez des phtisiques. Hale remarque, à cet égard, que cet effet est probablement analogue à l'effet d'*Ipecacuanha*, et que les deux médicaments sont indiqués par les mêmes symptômes : nausées et vomissements.

Enfin le Dr Oscar Hansen, dans son travail, relate trois intéressants cas de guérison par *Apocynum*. Pour leur description explicite, nous renvoyons le lecteur au *Compte rendu du Congrès international d'homœopathie*, tenu à Paris, en 1900.

(Revue homœopathique française.)

Dr SIEFFERT.

BACTÉRIOLOGIE

LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE DIFFÈRE-T-IL DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE BOVINE.

Quand, dans le congrès de Londres sur la tuberculose, Koch vint apporter à la tribune le résultat de ses expérimentations sur l'inoculation de la tuberculose de l'homme aux bovidés; et qu'il en eut tiré cette conclusion, que la tuberculose humaine n'étant point inoculable aux bovidés, il était extrêmement probable que la tuberculose des bovidés n'était pas transmissible à l'homme; il excita un étonnement profond. Comme supplément de preuves, au résultat négatif de ses inoculations, il ajouta l'absence ou au moins l'extrême rareté du développement de la tuberculose dans l'espèce humaine par l'usage de lait, de beurre et de fromage si souvent infectés du bacille tuberculeux des bovidés.

Cette communication fut un vrai scandale. Pour la plupart des bactériologistes, la transmission de la tuberculose par le lait des vaches tuberculeuses est acceptée comme un fait incontestable. Les adversaires de Koch ajoutaient que les résultats négatifs de l'inoculation de la tuberculose de l'homme aux bovidés étaient contredits par beaucoup d'autres expériences et qu'enfin, même en supposant démontrée l'assertion de Koch, il n'était pas légitime d'en conclure à l'inocuité des inoculations du bacille des bovidés à l'homme. La question devint tellement passionnée que deux médecins se sont offerts comme

sujet d'expérimentation et ont demandé qu'on leur inoculât le bacille de la tuberculose du bœuf.

Telle est très exactement l'exposition des idées soutenues par Koch au Congrès de Londres et des commentaires qui ont été immédiatement soulevés.

Seulement, il y a eu une inexactitude que nous devons relever immédiatement. Les jeunes veaux inoculés par Koch par injection sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans la jugulaire par des cultures pures ou par des crachats tuberculeux ne présentèrent il est vrai, aucun symptôme morbide et tous augmentèrent de poids; six ou huit mois après l'expérience, les animaux furent sacrifiés et on ne trouva pas trace de tuberculose dans les organes internes.

Mais, au point où avaient été faites les injections, on rencontra de *petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles tuberculeux*.

On ne peut donc pas dire que les inoculations de bacilles tuberculeux de l'espèce bovine soient absolument stériles pour l'homme; mais seulement qu'elles produisent une lésion locale qui, dans les expériences de Koch, ne s'est jamais généralisée. Cette remarque aura son utilité pour l'interprétation du travail du Dr De Jong (*Semaine médicale*, 15 janvier 1902).

Ce médecin a fait une série d'expériences qui contredisent jusqu'à un certain point les affirmations de Koch.

Les expériences de M. de Jong ont été effectuées avec une culture pure de bacilles tuberculeux d'origine bovine, et cinq cultures de bacilles tuberculeux d'origine humaine. Toutes ces cultures avaient été obtenues par inoculation de lésions tuberculeuses aux cobayes. Toutes avaient donc passées par le cobaye.

L'inoculation a toujours été faite par la voie veineuse et à *dose massive*. Ces inoculations faites sur les moutons, les chèvres, les chiens, les veaux, un cheval et un singe, furent positives ; mais toutes ne le furent pas au même degré, comme le prouvent les passages suivants : « Mais l'affection due au bacille du bœuf a un caractère grave et une évolution aiguë, tandis que celle que détermine le bacille humain a une forme généralement plus bénigne et plus chronique. »

Et encore : « Il n'en est pas moins vrai que les plus virulents d'entre les bacilles humains possèdent une puissance pathogène fort inférieure à celle des bacilles tuberculeux fournis par le bœuf. » Un peu plus loin : « Chez une chèvre inoculée avec des bacilles humains, la maladie prit une forme si discrète que l'animal est toujours vivant. » Autre passage : « Dans l'inoculation de la tuberculose aux chèvres et aux moutons, le bacille du bœuf fait preuve d'une virulence supérieure à celle du bacille humain ». Autre passage : « L'expérience a démontré que le bacille du bœuf jouit d'une virulence supérieure, qu'il produit une tuberculose plus grave et qu'il tue plus rapidement que le bacille humain ». (*Loc. cit. passim*).

Il est inutile de multiplier ces citations. Elles démontrent surabondamment que la virulence du bacille de la tuberculose des bovidés est supérieure à la virulence de la tuberculose humaine. Néanmoins, il reste encore un grand écart entre le résultat des expériences de Koch et celles de M. de Jong, puisque le premier admet tout au plus la possibilité de quelques accidents locaux, tandis que le second affirme que la tuberculose humaine produit chez les bovidés une tuberculose généralisée.

Ce que nous pouvons dire de plus doux, c'est qu'une

enquête s'impose sur les expériences du professeur Koch. Tant qu'aux médecins qui se sont proposés comme sujets d'expérimentation, qu'ils se réservent pour leurs clients et leur famille, s'ils en ont. L'expérience est faite depuis longtemps ; seulement, elle est passée inaperçue.

Le mémoire de M. de Jong contient six observations d'inoculation accidentelle de la tuberculose du bœuf à l'homme. Toutes se sont limitées à un accident local, sauf le cas du vétérinaire Moges qui, malgré l'extirpation de la tumeur locale, succomba à une phtisie dix-huit mois après l'infection. Pour que ce dernier cas fût probant, il faudrait établir que la victime de l'infection n'était pas un tuberculeux héréditaire.

Nous possédons les documents nécessaires pour comparer les effets de l'inoculation des bovidés chez l'homme, avec ceux de l'inoculation de la tuberculose humaine à l'homme lui-même.

Sur 16 faits connus d'inoculation accidentelle de la tuberculose humaine à l'homme, 4 fois la maladie s'est généralisée et cette généralisation s'est faite sur des sujets de famille tuberculeuse. En sorte que, la tuberculose humaine inoculée à l'homme se généraliserait une fois sur quatre, tandis que la tuberculose bovine ne se généraliserait qu'une fois sur six.

Ajoutons, avec le professeur Chauveau, que dans ces inoculations accidentelles, la quantité de microbes peut être extrêmement petite. Aussi dans l'infection tuberculeuse qui accompagne quelquefois la circoncision des juifs, quand une large plaie est mise en contact avec une bouche infectée par le microbe de Koch, la transmission est fatale et la généralisation presque constante. (*De la tuberculose*, Dr P. Jousset, p. 41 et suivantes).

Encore un mot sur cette question. Naturellement, le dada de la contagion par les bovidés devait servir de conclusion au travail de M. de Jong. Non seulement le lait, le beurre, le fromage et la viande des bovidés peuvent transmettre la tuberculose, mais les étables qui renferment les animaux tuberculeux deviennent une source d'infections; d'où on devrait conclure que les habitants des campagnes, qui vivent au milieu des bestiaux et se nourrissent de leur lait, devraient être cent fois plus tuberculeux que les populations des villes. Ce qui est absurde.

Quant au lait et à la viande provenant des bovidés; nous ne voulons pas reprendre ici, la discussion à fond de ces questions, que nous avons exposées dans notre livre *De la tuberculose*.

D^r PIERRE JOUSSET.

ALEXINES ET SENSIBILISATRICES

Depuis plusieurs années on étudie beaucoup dans les laboratoires les alexines et les sensibilisatrices. Ces questions tendent aujourd'hui à envahir la clinique et nous croyons opportun de tenir nos lecteurs au courant de ces nouveautés.

C'est Buchner qui, le premier, s'est occupé de la propriété qu'ont certains sérums de détruire les globules du sang. Il a attribué cette propriété à une substance analogue aux diastases et à laquelle il a donné le nom d'*alexine*.

Bordet, en France; Ehrlich, en Allemagne, ont poussé très loin l'étude des Alexines, ont découvert les *sensibilisa-*

trices et, grâce à ces travaux, nous pouvons aujourd'hui faire l'exposition complète de la question (1).

Le sérum de la plupart des animaux contient des alexines et cette substance a la propriété de dissoudre les globules sanguins d'un animal d'une autre espèce, et tout en restant sans actions sur les globules des animaux de l'espèce qui a fourni le sérum.

Quand un sérum jouit de propriété hémolisante trop faible, ou n'en possède pas du tout, on développe considérablement cette propriété globulicide en injectant sous la peau 3 à 5 centimètres cubes du sang d'un animal d'une autre espèce.

Le sérum du cobaye, par exemple, n'exerce aucune action sur le sang du lapin; mais si on injecte au cobaye, sous la peau, 3 à 5 centimètres cubes de sang de lapin défibriné, le sérum du cobaye devient globulicide et, injecté dans les veines du lapin, il tue cet animal en quelques heures.

Si on chauffe à 55° un sérum contenant une alexine extrêmement active, ce sérum perd par cela même la propriété de dissoudre les globules sanguins d'un autre animal. Mais il garde une propriété très curieuse; car si on ajoute à ce sérum chauffé et inerte quelques gouttes d'un sérum neuf de n'importe quel animal : cobaye, lapin, chien ou homme, ce sérum recouvre toute son action et redevient globulicide comme avant d'avoir été chauffé.

Pourquoi cela?

Parce que, dit Bordet, le sérum chauffé tout en perdant ses alexines, a conservé une substance qui résiste à la

(1) Consulter le chapitre IV de nos microbes pathogènes.

chaleur et qui a la propriété de communiquer à une alexine quelconque les propriétés dissolvantes des globules qui ont été détruites par le chauffage à 55°. Et Bordet a nommé cette substance *sensibilisatrice* parce qu'elle rend sensible à la propriété dissolvante les alexines quelconques.

Ajoutons pour être complet que, par une certaine technique on peut donner naissance à un sérum qui immunise les globules sanguins contre l'action dissolvante des alexines. Ce sérum s'obtient comme le sérum de la diphtérie, en vaccinant un animal avec des doses faibles et répétées d'alexines.

Maintenant que nous croyons avoir fait comprendre et le mode de préparation des *alexines*, et l'action de la chaleur sur ces corps, et la propriété de la *sensibilisatrice*, ajoutons que les alexines ne sont pas seulement globulicides, elles sont encore *bactéricides*; la sensibilisatrice ayant pour effet, dans ce cas, de spécialiser l'action des alexines sur des espèces bactériennes particulières. Et c'est pour cela que Elie Metchnikoff a donné le nom de *Cytase* aux alexines.

Pour Metchnikoff, l'alexine ou Cytase est toujours produite par une cellule lymphatique, un phagocyte et c'est cette cytase qui sert à digérer le microbe.

MM. Launois, Jean Camus et Pagniez ont communiqué à la *Société médicale*, des recherches qui, si elles n'ont aucun intérêt pratique ont, en revanche, un grand intérêt en médecine générale.

Ces médecins ont examiné, au point de vue qui nous occupe, le liquide ascitique de deux malades et celui d'un épanchement pleurétique.

Le premier cas a trait à une ascite cachectique chez

une paludéenne. Le liquide de son ascite était hémolisant pour les globules humains normaux. Par contre, il restait sans action sur les globules de la malade et sur les globules d'un homme atteint d'ascite cirrhotique.

Ainsi, voici un liquide possédant des alexines très actives sur les globules sanguins d'animaux de même espèce, ce qui est contraire à la règle générale ; et sans action sur les globules sanguins de la malade elle-même et d'un autre malade atteint d'une ascite d'origine tout à fait différente.

Retenons ces faits pour ce qu'ils pourront valoir un jour.

Les auteurs de cette communication ont fait une expérience fort ingénieuse pour rechercher si l'action hémolisante, anormale, exercée par le liquide de cette ascite sur les globules humains normaux ne tenaient pas à une *sensibilisatrice* spéciale.

Voici la technique qu'ils ont employée :

Ils ont fait chauffer le liquide d'ascite jusqu'à 56° et ont ainsi détruit ses alexines, puis ils ont pris du sérum humain provenant d'un individu sain, et sans action sur les globules de l'homme. Ainsi ils avaient d'un côté un sérum contenant des alexines sans action sur les hématies de l'homme ; de l'autre, un liquide d'ascite chauffé à 56° et ne contenant plus d'alexine. Ils ont mélangé le sérum et le liquide ascitique, et ce mélange a dissous entièrement les globules du sang de l'homme ; preuve qu'après le chauffage du liquide de l'ascite, la sensibilisatrice avait persisté dans ce liquide.

Comme contre épreuve, la même technique a été répété pour le liquide ascitique de l'homme atteint de cirrhose, et ce liquide chauffé à 56° est resté inerte, inca-

pable de dissoudre les globules du sang malgré l'addition d'un sérum neuf.

Donc le liquide de l'ascite cirrhotique ne contenait pas de sensibilisatrice et cependant, avant le chauffage, il avait la propriété de dissoudre les globules humains.

Pour ne pas rendre plus obscur un sujet déjà si difficile à exposer, nous n'avons parlé que du liquide des ascites. Nous devons ajouter maintenant que le sérum du sang des deux malades avait des propriétés identiques à celle du liquide des deux ascites.

D^r P. JOUSSER

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. INTOXICATION SATURNINE GRAVE CHEZ LES OUVRIERS TRAVAIL-
LANT A LA FABRICATION DES ACCUMULATEURS ÉLECTRIQUES. —
- II. ANGINE DE VINCENT GUÉRIE EN TROIS JOURS PAR DES
APPLICATIONS DE BLEU DE MÉTHYLÈNE. —
- III. AORTITE SYPHI-
LITIQUE LATENTE ET NÉVRALGIES VISCÉRALES. —
- IV. COLLEC-
TIONS SOUS-CUTANÉES PURULENTES OU HUILEUSES A BACILLES
D'ÉBERTH, DÉVELOPPÉES A LA SUITE D'INJECTIONS MÉDICAMEN-
TEUSES AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. —
- V. PYOPNEUMO-
THORAX DE NÉCESSITÉ.

I

(Séance du 27 décembre.) — Depuis quelques années en Allemagne, en Suisse et en France on a signalé des cas

d'intoxication saturnine chez les ouvriers qui travaillent à la fabrication des accumulateurs électriques.

L'an dernier, M. Prost, dans un rapport au Conseil d'hygiène, s'appuyait sur quatre observations de colique saturnine recueillies dans le service du professeur Debove pour montrer le danger que courent les femmes employées à la fabrication des accumulateurs électriques. Il concluait qu'il y avait lieu de comprendre les fabriques d'accumulateurs parmi les établissements classés et de rechercher les modifications à apporter dans les procédés industriels pour éviter la reproduction de pareils accidents.

Ces accidents ne sont pas rares, et MM. MARCEL LABBÉ et JEAN FERRAND ont eu l'occasion d'observer cette année, dans le service de M. le professeur Debove, quatre hommes, employés dans une même fabrique d'accumulateurs des environs de Paris, entrés à l'hôpital pour des accidents saturnins graves.

Deux étaient atteints de coliques de plomb et présentaient une anémie profonde. Deux autres étaient atteints de paralysie grave, persistante, avec atrophie musculaire.

Chez ces quatre malades les accidents ont été précoces. (de cinq semaines à cinq mois après leur entrée à l'usine).

Les accidents ont été remarquables par leur gravité et leur persistance; tous les malades étaient profondément anémiés. Deux d'entre eux étaient atteints de paralysie plus grave, plus étendue et accompagnée d'une atrophie musculaire plus marquée qu'on ne l'observe ordinairement dans l'intoxication saturnine.

Chez l'un de ces malades, la paralysie et l'amyotrophie affectaient toute la ceinture scapulaire, le bras et l'avant-bras.

Chez l'autre, la paralysie et l'amyotrophie portaient

principalement sur le moignon des épaules et sur les éminences thénar et hypothénar, respectant relativement le bras et l'avant-bras. L'amyotrophie présentait à la main le type Aran-Duchenne; au niveau de l'épaule et de la face elle revêtait assez bien l'aspect atténué du type facio-scapulo-huméral décrit par MM. Landouzy et Déjerine, fait rare et constatation intéressante au point de vue étiologique.

L'anomalie dans la localisation et l'étendue de la paralysie trouve peut-être sa cause non seulement dans l'intensité, mais aussi dans le mode d'intoxication des malades. On sait que la forme de la paralysie saturnine présente en général un rapport avec la voie d'introduction du poison; en d'autres termes, le plomb paraît souvent agir localement. Ainsi la paralysie frappe plus souvent et plus fortement le membre qui a été le plus exposé à l'absorption du plomb. Chez les peintres, ce sont les avant-bras, à droite chez les droitiers, à gauche chez les gauchers, qui sont habituellement paralysés; un homme qui piétinait de la céruse étaient surtout atteint aux membres inférieurs; M. Manouvriez a cité un certain nombre de cas de ce genre prouvant l'action locale du poison.

Or, chez ces malades, le plomb était absorbé surtout par les voies respiratoires, ce qui devait favoriser beaucoup la dissémination du toxique et l'étendue de la paralysie, mais ce qui permettrait aussi de comprendre pourquoi les muscles des épaules et du thorax étaient pris à un plus haut degré que ceux des membres

Un fait qui mérite encore l'attention, c'est que ces malades, bien qu'intoxiqués très profondément, ne présentaient aucun accident viscéral; il n'y avait pas trace d'albuminurie, par exemple; tandis qu'on sait, au contraire,

la néphrite être une des déterminations les plus fréquentes du saturnisme chronique. Il y a donc une opposition à établir entre le saturnisme des électriciens, qui cause des accidents aigus, précoces, intenses, des coliques et des paralysies, et le saturnisme des plombiers, des peintres, qui donne des accidents plus tardifs, chroniques, portant principalement sur les viscères, le rein, le foie.

Dans les fabriques d'accumulateurs électriques, les ouvriers sont surtout exposés à respirer des poussières d'oxyde de plomb.

M. RENOU vient confirmer la communication de M. Marcel Labbé sur la gravité exceptionnelle des intoxications saturnine contractées dans les usines d'accumulateurs électriques.

Il a eu l'occasion de voir, à plusieurs reprises, un ingénieur attaché à une de ces usines, qui, en quelques mois, était arrivé à un état de cachexie profonde et a dû quitter sa situation en raison de l'état de sa santé, bien qu'il ne travaillait pas directement aux accumulateurs et que son rôle se bornait à inspecter et à diriger les travaux.

II

M. CHAUFFARD, vient d'observer chez une infirmière de son service un cas typique d'angine de Vincent, qui a été guérie en trois jours par deux applications de bleu de méthylène chimiquement pur. Ce traitement indiqué par M. Siredey paraît donc avoir une action très favorable et très rapide.

M. SIMONIN vient d'observer un cas analogue dans lequel la guérison a aussi été obtenue en trois jours.

M. SIREDEY a vu à sa consultation de l'hôpital Saint-Antoine un malade qui lui a été amené par le D^r Maranger et qui avait une stomatite ulcéro-membraneuse, caractérisée par du streptocoque et autres microbes variés, mais ne présentant ni spirilles, ni bacilles fusiformes ; l'application du bleu de méthylène a amené la guérison en trois jours.

III

(Séance du 10 janvier). — M. Louis RÉNON a vu à sa consultation le 27 avril dernier un homme de 40 ans, qui souffrait depuis trois mois de douleurs atroces, qu'aucun traitement n'avait soulagées.

Ces douleurs revêtent la plupart des caractères des coliques néphrétiques et hépatiques, et des névralgies intercostales. Dans la région rénale, elles occupent la masse sacro-lombaire des deux côtés, et s'irradient en bas jusqu'à la partie supérieure des cuisses ; dans la région hépatique, elles occupent le rebord des fausses côtes et se propagent dans le dos sur la ligne axillaire en remontant jusqu'à l'épaule droite. A gauche et à droite, la région mammaire est douloureuse, moins cependant que les régions hépatiques et rénales. La douleur, dans tous ces points, est spontanée ; assez tolérable la matinée, elle augmente l'après-midi, pour devenir excruciante pendant la nuit. Le malade se tord dans son lit, à la recherche d'une position où il puisse moins souffrir. On n'a pu trouver, ni dans l'appareil rénal, ni dans la glande hépatique, la raison de ces crises douloureuses, et seule, pour un temps, la morphine a pu amener un peu d'accalmie ; les antinévralgiques, la quinine, l'antipyrine, etc., n'ont donné aucun résultat.

M. Renon se livre à un examen complet du malade et s'aperçoit qu'il existe des signes d'une lésion aortique, signes qu'il n'avait pas trouvés un an auparavant : battements énergiques des carotides, impulsion violente du cœur, double souffle à l'orifice aortique (souffle diastolique ayant tous les caractères classiques de l'insuffisance aortique et un souffle systolique rapeux d'aortite). L'examen ne donnait aucun signe d'anévrisme, la radiographie non plus.

M. Rénon conclut à une aortite, pouvant être la cause des douleurs viscérales si intenses et comme le malade était un ancien syphilitique, il institua le traitement mixte (biodure de mercure et iodure de potassium).

Un mois après, le malade étant complètement transformé au point de vue des douleurs; elles avaient commencé à diminuer dix jours après le début du traitement et s'étaient progressivement éteintes.

IV

(*Séance du 17 janvier*). — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de longue durée, chez une jeune fille de vingt-quatre ans, MM. WIDAL et LE SOURD ont vu se développer un abcès et trois collections huileuses sous-cutanées exactement au niveau des points où avaient été pratiquées, durant la maladie, des injections hypodermiques médicamenteuses.

Dans le pus de l'abcès qui siégeait sous la peau de l'abdomen, aussi bien que dans le liquide des collections huileuses qui siégeaient sur la face antérieure et externe de la cuisse gauche, on a isolé le bacille typhique, qui ne pouvait venir que de la circulation et s'était fixé dans les

points du tissu cellulaire traumatisés par les injections thérapeutiques.

Ce fait est à rapprocher de ceux publiés par différents auteurs qui, au niveau des injections sous-cutanées de caféine pratiquées chez des pneumoniques, ont constaté parfois des abcès à pneumocoques (1).

La fièvre typhoïde de cette malade avait été grave et s'était compliquée de troubles cardiaques; elle avait évolué en deux mois et demi, procédant durant ce long temps par poussées subintrantes, sans jamais parvenir à l'apyrexie complète. On avait eu recours à de fréquentes injections de caféine et à des injections de 200 centimètres cubes de sérum artificiel additionné parfois de spartéine.

Il est difficile de dire, pour chacune des collections sous-cutanées à bacille d'Eberth, si elle s'était développée à la suite d'une injection de caféine, ou à la suite d'une injection de sérum artificiel. On peut affirmer tout au moins que l'abcès s'était développé à la suite d'une injection de caféine, et on a pu suivre, depuis son début, son infection lente et progressive. A l'ouverture de cet abcès, faite au bistouri, s'était échappé un véritable bourbillon, dont lesensemencements donnèrent des cultures de staphylocoques dorés, en même temps que des cultures de bacilles typhiques.

Les trois collections huileuses avaient apparu dans les derniers jours de la période fébrile, à une époque où, depuis un certain temps déjà, on avait cessé l'usage des injections hypodermiques. Les nodosités développées à la suite de quelques-unes de ces injections devinrent fluc-

(1) Voir *Thèse de Zuber*, « Des localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie ».

tuantes en trois régions différentes et chacune sur une étendue de 1 cent. $1/2$ à 2 centimètres environ. Le liquide huileux puisé dans ces trois collections donna toujours des cultures pures de bacilles typhiques. L'une d'elles fut ouverte au bistouri et la cicatrisation fut très rapide; une autre fut simplement ponctionnée, et les parois revinrent rapidement sur elles-mêmes. La troisième collection fut également ponctionnée. Le liquide recueilli une première fois purement huileux se reforma rapidement, mais une seconde ponction ramena, cette fois, un liquide purulent à la surface duquel surnageaient encore de petites taches huileuses. Le pus ne contenait que du bacille typhique, tout comme le liquide purement huileux de la première ponction; l'examen histologique décela presque uniquement des polynucléaires mêlés à quelques lymphocytes. Il est intéressant de noter que, dans un même point du tissu cellulaire sous-cutané de notre malade, le bacille typhique à l'état de pureté ait pu successivement produire une collection huileuse d'abord et une collection purulente ensuite.

Avec leur évacuation, ces diverses collections guérirent rapidement, laissant seulement de petites nodosités sous-cutanées.

Les infiltrations huileuses sont rarement observées; elles ont cependant été signalées dans le farcin chronique.

M. MERKLEN a eu connaissance, dans ces derniers temps, de trois cas de fièvre typhoïde compliqués d'abcès multiples, tous consécutifs à des injections sous-cutanées, faites cependant très aseptiquement. Il s'agissait de fièvre typhoïde grave.

V

(Séance du 24 janvier). — M. GALLIARD lit l'observation d'un malade mort dans son service après avoir présenté un *pyopneumo thorax de nécessité*.

M. Galliard s'est occupé déjà plusieurs fois de cette question, qu'il s'efforce de mettre en évidence, surtout au point de vue du traitement.

Dans le cas qu'il relate, il s'agissait d'une femme de 67 ans, entrée dans un état d'affaiblissement complet ; elle toussait et maigrissait depuis plusieurs mois. Quatre semaines avant son entrée, elle a éprouvé une violente douleur au côté droit, avec dyspnée et toux ; elle expectore abondamment.

En examinant la poitrine, on constate à droite une sonorité exagérée dans toute la hauteur, en avant et en arrière. De ce côté, le murmure vésiculaire est aboli.

En avant, on trouve du souffle amphorique, et parfois du tintement métallique, ou simplement des râles amphorométalliques. Il y a du gargouillement au-dessous de la clavicule. En arrière, silence absolu. Le bruit d'airain ne se perçoit que lorsque, à l'aide de pièces de monnaie, on percute en arrière, l'oreille de l'observateur se plaçant en avant. Si, au contraire, on percute en avant, l'oreille ne perçoit pas, à la région dorsale, le bruit d'airain.

Le bruit de la succussion hippocratique est très faible ; on le constate en plaçant l'oreille un peu au-dessous de la pointe de l'omoplate ou dans l'aisselle.

Il y a donc à droite un *hydropneumothorax* ou, plus probablement, un *pyopneumothorax* et des cavernules tuberculeuses au sommet.

A gauche sonorité normale, respiration à peu près normale.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, le 30 décembre, le malade a, au niveau du 5^e espace intercostal droit, au-dessous de la mamelle, une saillie molle, douloureuse, fluctuante, augmentant sous les efforts de toux ; elle est reductible avec un bruit de crépitation.

Cet abcès grossit les jours suivants et est en somme un *pyopneumothorax de nécessité*.

Il s'ouvre spontanément le 3 janvier ; et la malade est inondée de pus ; ce pus contenait des pneumocoques, des streptocoques et des staphylocoques ; il n'était pas fétide.

Il n'existe plus, à l'auscultation, que les signes d'un pneumothorax simple ; à chaque mouvement d'expiration, les gaz s'échappent en sifflant par la fistule.

La malade meurt le jour suivant.

M. MOUTARD-MARTIN demande à M. Galliard si, à son avis, on doit intervenir, et en quel point.

M. GALLIARD estime qu'on doit commencer par l'opération la plus simple, c'est-à-dire inciser l'abcès et l'espace intercostal correspondant. Si cela ne suffit pas, on pratiquera la pleurotomie dans les régions déclives. Chez une malade dont l'observation figure dans la thèse du D^r Ruais, l'abcès provenait du second espace intercostal gauche, en avant. La pleurotomie pratiquée au niveau de cet espace, avec une extrême facilité, après incision large de l'abcès, fut parfaitement suffisante pour guérir le pyopneumothorax. Il y eut seulement à introduire un drain dans la plèvre, et à faire des lavages.

Mais il s'agissait là d'un pyopneumothorax antéro-supérieur, c'est-à-dire partiel.

Si, au contraire, le pyopneumothorax est total, il faut respecter l'abcès gazeux et vider la plèvre par la pleurotomie inférieure.

M. RENDU confirme absolument ce que viennent de dire MM. Moutard-Martin et Galliard au sujet de l'utilité de l'empyème dans ces pneumothorax avec imminence d'abcès extérieurs. Quand il était l'interne de Gubler, à l'hôpital Beaujon, en 1875, on amena un jour un malheureux phthisique porteur d'un pneumothorax et d'un abcès sous-cutané en bissac communiquant avec la collection pleurale. Cet homme était dans un état si lamentable que Gubler ne voulut pas, tout d'abord, entendre parler d'une intervention qu'il considérait comme inutile. Après être resté quelques jours dans l'expectative, il consentit à laisser ouvrir et drainer la poche purulente, et le résultat de cette intervention fut excellent, car cet individu, qui était moribond et miné par une fièvre hectique, éprouva un soulagement notable à être débarrassé de son foyer de suppuration. La fièvre tomba progressivement, et, comme l'autre poumon était intact, il put se remettre progressivement et donner l'illusion d'une guérison. Il ne succomba que plusieurs mois après, ayant bénéficié d'une survie inespérée.

Quant au lieu d'élection de l'empyème en pareil cas, M. Rendu croit qu'il est indiqué par les tendances naturelles du pus à se faire jour au dehors. Il est remarquable qu'en général ces ouvertures spontanées évacuent assez complètement la cavité purulente. Il se souvient d'avoir vu guérir une enfant atteinte d'empyème pulsatile (non tuberculeuse, il est vrai), chez laquelle l'ouverture de la poche se fit dans le 3^e espace intercostal. Il n'y eut pas

besoin de contre-ouverture pour assurer l'écoulement du pus. Saut indications spéciales, il croit donc qu'il y a avantage à faire l'incision là où l'abcès pleural pointe spontanément.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'AGARICUS ET DE LA MUSCARINE par le D^r KRANZ-BUSCH DE WIESBADEN

Système nerveux. Perte de conscience, délire, vision, obnubilation, convulsions, fureur, agitation, crampes tétaniques ou épileptiformes, tremblement des membres, contraction des muscles, vertige, stupeur, coma. Irritation suivie de paralysie. A la suite de faibles doses, excitation, gâté, augmentation du courage et des forces physiques. Le sujet empoisonné danse, chante, parle avec volubilité, sans répondre aux questions, raconte des faits de son existence, de la guerre, etc., d'autres sujets pleurent et sont plein d'angoisse, ont des accès furieux, tendance au suicide, délire suivi de syncope. Le malade ne se souvient plus, une fois remis et tombe dans une faiblesse générale et un sommeil léthargique. Les peuples du Nord, (Kautschadales) emploient ce champignon comme médicament stimulant ou procurant l'ébriété, et acquièrent par son usage de l'entrain, de l'endurance aux efforts violents ; ils éprouvent des soubresauts des tendons, du vertige, du sommeil ; les grandes quantités de ce produit amènent des

vomissements, des contractions des extrémités des mouvements constrictifs de la tête et des muscles du cou. La muscarine (Hogges et Klug) excite les fibres musculaires striées et abaisse, donnée à grosses doses, les fonctions du cerveau et de la moelle épinière, pendant que l'irritation des nerfs périphériques diminue lentement. La muscarine possède la propriété de guérir la paralysie des extrémités terminales des nerfs qui vont aux fibres striées des muscles, propriété qu'elle partage avec les autres produits du groupe des bases ammoniacales. La muscarine est le produit d'oxydation de la choline qui est un triméthyléthylammonium, proche parente par sa composition chimique de la Neurine un autre composé d'ammonium.

Peau. Dans les empoisonnements elle est froide, cyanosée, couverte d'une sueur froide à la face, sur le cou, la poitrine et tout le corps. Les expériences avec la muscarine ont produit du prurit et des éruptions sur la peau.

Organes des sens. Augmentation de la section lacrymale, mydriase, troubles passagers de la vie; la mydriase est parfois précédée de myosis, obnubilation de la vision, diplopie. La muscarine, en applications locales a causé du spasme de l'accommodation, et parfois du myosis plus durable que celui de la physostigmine.

Bruits et tintement d'oreilles, augmentation de la sécrétion nasale, coryza, epistaxis, mauvais goût.

Température s'abaisse énormément au dernier stade de l'intoxication. Frissons, chaleur de la face et froid aux mains, de petites doses de muscarine (carsille) élèvent la température, tandis que les grosses doses donnent constamment de l'abaissement, qui peut aller de 4 à 5.

Appareil circulatoire; dans les empoisonnements l'activité cardiaque est ralentie, affaiblie, irrégulière (grosses

doses). Tandis que les faibles quantités renforcent l'action du cœur. La muscarine à dose suffisante amène l'arrêt atonique du cœur par excitation des ganglions modérateurs intracardiaques. Robert démontre que la muscarine à faible dose excite l'activité de l'appareil modérateur (d'où diminution des pulsations et renforcement de la diastole); en élevant la dose on produit un arrêt tétanique en diastole et la mort. D'autres ont prétendu que l'accélération du pouls est une excitation de l'appareil excitomoteur du cœur; que son ralentissement tenait de la paralysie de cet appareil. Quelle que soit l'explication adoptée l'action de la muscarine sur le cœur est dûment constatée.

On sait que l'atropine est un antagoniste de la muscarine, et peut, même dans un cas de grave empoisonnement, sauver la vie au malade.

Respiration : pénible, avec sensation d'oppression, dyspnée, et, par des progrès de l'intoxication, respiration stertoreuse. La muscarine à petite dose accélère, à grosse dose produit l'expiration saccadée, puis peu à peu le ralentissement et l'arrêt. La sécrétion bronchique est grandement augmentée par la muscarine.

Appareil digestif : hypersécrétion salivaire, sécheresse de la bouche et du gosier, soif (quelquefois manque de soif) contraction de la gorge, nausées, vomissements, douleur à l'estomac et à l'abdomen, borborygmes, diarrhée, souvent sanguinolente, accompagnée de ténésme, puis de météorisme. Augmentation des sécrétions gastro-intestinales, diarrhée muco-sanguinolente, suractivité sécrétoire du pancréas, du foie, contractions tétaniques de l'intestin, énorme accélération des mouvements péristaltiques. D'après Schmiedeberg, il s'agit ici d'une excitation des ganglions moteurs contenus dans les parois intestinales.

D'autres attribuent la production de la diarrhée à une paralysie par la muscarine des centres nerveux innervant les sphincters.

La rate subit par l'action de la muscarine une forte réduction de volume, et sa surface est bosselée. Les animaux empoisonnés avec agaricus présentent un intestin gonflé de gaz, ou bien fortement contracté, à parois vascularisées et de couleur sombre, à la muqueuse sanguinolente. Le foie est gros, gorgé de sang. Chez l'homme on constate une légère inflammation gastro-duodénale.

Appareil urinaire : prurit et élancements du canal, sécrétion muqueuse, ténésme avec plus ou moins d'urine excrétée; tantôt claire, tantôt rouge, brûlante, trouble, sédimenteuse. La muscarine amène la contraction de la vessie, et par suite au début une sortie abondante d'urines; mais les grosses doses du médicament suppriment la sécrétion.

Organes sexuels. Sensations voluptueuses, excitations sexuelles, érections auxquelles succède l'apathie sexuelle. Agaricus musc., donne aux femmes une suractivité menstruelle, de la dysménorrhée, des règles qui avancent. Prurit génital.

Les poisons contenus dans l'agaricus passent, sans perdre leur propriété toxique, dans l'urine. Un animal grisé par l'ingestion de ce champignon produit une urine qui chez un autre qui la boirait, produirait les mêmes phénomènes d'intoxication. Le passage de la muscarine dans l'urine se démontre en extrayant au moyen de l'alcool absolu un alcaloïde qui, injecté à un animal d'expérience, produit l'arrêt du cœur.

(*Allgem. homoop. Zeitung*, janvier 1902).

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE, DE LA NÉPHRITE
CHRONIQUE ET DU CARCINOME par le Dr Ed. KRULL de GUS-
TROW (Mecklembourg).

Les expériences d'Hering sur Formica avaient donné comme résultat avec des doses moyennes l'irritation intestinale et la diarrhée, avec des doses massives l'hématurie et l'albuminurie, et voilà à peu près le résumé de la pathogénie de l'acide formique par l'homœopathie.

Le Dr Krull fait usage, en injection hypodermique exclusivement de dilutions dans l'eau, d'acide formique. Ayant remarqué la présence de ce produit, en faible quantité, dans les sueurs des phtisiques, — tandis qu'il ne se trouve pas dans celles de l'homme sain — il pensa qu'il se produisait en moindre quantité chez le malade. Connaissant son pouvoir bactéricide, il lui attribua un rôle dans la défense de l'organisme contre la maladie, et pensa à réparer le déficit de cet acide, au moyen d'injections allant de la 1000. à la 100.000° dilution, et variant suivant l'âge de ses phtisiques et leur degré de maladie d'un décigramme à un gramme. Deux années de recherches lui ont appris que *plus la dilution est élevée, et moindre est la quantité injectée meilleur est le résultat*. Une seule injection donne un résultat plus prolongé qu'une série, ce qui le fit renoncer à l'opinion préconçue que c'était en rendant à l'organisme le produit éliminé qu'il obtenait son résultat car la quantité rendue à la circulation était insignifiante.

L'auteur est arrivé successivement à une dilution d'un à plusieurs millions ; il a appris que dans un délai de cinq à six mois il ne faut pas refaire de nouvelle injection, et peser avec le plus grand soin la dose à injecter. Il a ainsi traité la tuberculose interne et externe, la néphrite

chronique et les tumeurs malignes. Il faut donner à la nutrition générale une suractivité qui lui permette de répondre à de nouveaux échanges sans défaillir.

Il faut éviter de soumettre à ce traitement les sujets cachectiques. Les malades soumis à ce traitement voient leur appétit s'élever, le poids du corps augmenter sans qu'on les soumette à un régime particulier. Chez tous les malades, au bout de deux jours, quelque fois de plusieurs semaines, il se produit à droite et à gauche de l'ombilic, des douleurs fugitives suivies parfois de diarrhée. Mais les malades ne sont pas affaiblis par ces évacuations qui ont une valeur critique et ne doivent pas être interrompues. Les règles après les injections peuvent avancer et être plus abondantes ; et toutes les parties de l'organisme peuvent montrer une suractivité fonctionnelle marquée.

La tuberculose au premier degré guérit presque toujours au bout de trois à cinq semaines. La fièvre quand il y en a, s'élève pendant dix-huit à quinze jours, puis la température redevient normale. Si elle est normale avant l'injection elle ne change pas après. Les crachats augmentent un peu durant les premières semaines, deviennent jaunes et cessent d'ordinaire au bout de six semaines. Il faut deux mois pour qu'on constate des changements anatomiques dans le poumon.

Le deuxième degré de tuberculose est d'ordinaire curable, mais cela demande alors plus de temps. La température monte pendant les quatorze premiers jours, puis s'abaisse de nouveau au bout du 2^e ou du 3^e mois, pour rester normale.

L'expectoration augmente durant deux mois quelquefois de manière notable, puis cesse au bout de quatre à cinq mois. Les sueurs nocturnes cessent dès la première

semaine. Le retour à la normale du poumon infiltré, quand elle est possible, commence d'ordinaire au bout de deux mois. Dans le tiers des cas, quand le larynx et l'intestin sont atteints, on a refait une injection au bout de six mois. Au troisième degré les injections ont qu'à accélérer la diminution des forces.

Sur le lupus les résultats sont tout à fait remarquables. Dès les premiers jours après l'injection, la région malade commence à rougir, se soulever et sécréter un liquide peu abondant. La réparation commence au bout de trois semaines.

La néphrite chronique autant qu'il n'y a pas de sclérose du parenchyme rénal, ni complication cardiaque, peut s'améliorer par les injections d'acide formique. Dans le carcinome du sein, de l'estomac, la tumeur augmente d'abord, devient très sensible, la peau qui la recouvre devient plus chaude. Plus la tumeur est d'origine récente et le sujet vigoureux, plus rapide est la réaction et le retour à la normale.

Malgré leur apparence de paradoxe, ces faits doivent reposer sur un fond de vérité. L'opinion émise par le Dr Krull est rendue vraisemblable si nous rapprochons ces résultats de ceux obtenus par l'apicinus virus qui, non pas seulement injecté directement dans la peau par la piqûre de l'insecte, mais pris par la bouche en dilution a produit des symptômes pathogénésiques profonds, qui, l'expérience clinique faite selon les règles de l'homœopathie est venue pleinement confirmer. Or, l'acide formique est une partie constituant ce venin des abeilles.

(Allgem. homoop. Zeitung, janvier 1902.)

Dr PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

EMPLOI DU GALVANOCAUTÈRE POUR L'OPÉRATION DU PHIMOSIS.

M. le Dr S. Leduc, professeur à l'École de médecine de Nantes, pratique l'opération du phimosis au moyen du galvanocautère, en procédant de la façon que voici : après avoir assuré l'anesthésie au moyen d'injections d'une solution de cocaïne à 1 0/0, on pince le prépuce avec deux pinces à pansement, dont les bouts se rejoignent de part et d'autre de la racine du frein, de manière à circonscrire un triangle ayant pour base le tiers inférieur de l'orifice préputial, et pour sommet la racine du frein. On sectionne alors, au moyen du galvanocautère maintenu au rouge sombre à l'aide d'un rhéostat, le prépuce sur les bords internes de chaque pince. Les deux côtés du lambeau triangulaire étant ainsi détachés, on serre le frein avec une troisième pince placée très près du gland, puis on le sectionne jusqu'à la racine. Cela fait, on enlève les pinces, et, si la température du galvanocautère a été convenablement réglée, les lèvres des plaies restent en contact. Ainsi exécutée, l'opération serait complètement indolore et n'occasionnerait pas d'écoulement de sang. En fait de pansement, on se borne à maintenir sur les sections une couche de pommade au précipité rouge et à l'acide salicylique. Les malades peuvent continuer à vaquer, sans aucune interruption, à leurs occupations.

Ce procédé présenterait, sur les sections circulaires et longitudinales dorsales, l'avantage de dégager parfaitement

le gland, sans donner lieu à la moindre déformation cicatricielle.

Dans les cas où la température du galvanocautère n'est pas bien réglée, les lèvres des plaies se séparent, mais le résultat de l'intervention n'en est pas moins satisfaisant; la guérison nécessite seulement un laps de temps plus long. (*Semaine médicale*, 4 décembre.)

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMOGLOBINURIQUE
PAR LA RACINE DE *CASSIA BEAREANA*.

Un médecin anglais habitant l'Afrique orientale, M. le D^r D. R. O'Sullivan-Beare (de Pemba), ayant eu l'occasion d'apprendre que les indigènes ont recours, contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique, à la décoction de la racine d'une légumineuse qui croît sur les hauteurs de la région équatoriale de l'est de l'Afrique et à laquelle M. E. Holmes, directeur du musée de la Société pharmaceutique de Grande-Bretagne, a donné le nom de *Cassia beareana*, a essayé le même remède, sous forme d'extrait fluide préparé au moyen de la macération de la racine de cette plante, dans 5 cas de fièvre hémoglobinurique, dont 2 très graves, et chez tous ses patients il en a obtenu d'excellents résultats.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique étant très fréquente dans les pays chauds, et les moyens usuels de traitement de cette affection (quinine, tannin, ergot de seigle, perchlorure de fer, etc.) restant souvent inefficaces, les faits signalés par M. O'Sullivan-Beare méritent d'attirer l'attention. Ajoutons que, d'après l'expérience de notre confrère, le médicament en question produirait également de bons

effets dans la fièvre bilieuse rémittente, assez commune en Afrique, et à l'égard de laquelle la quinine se montre plus nuisible qu'utile. (*Semaine médicale*, 5 février).

LUPUS DE LA JAMBE GUÉRI PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE.

M. HALLOPEAU communique une observation de lupus de la jambe qui résistait à tous les traitements depuis plus de vingt ans. L'affection avait pris des proportions telles que le malade réclamait lui-même l'amputation du membre atteint. Cette grave lésion a fini par céder aux applications prolongées de permanganate de potasse, d'abord suivant le procédé de Butte, puis sous forme de poudre, et enfin en solution au 1/120, les pansements restant en permanence sur la plaie et étant renouvelés quatre fois par vingt-quatre heures. Il est à noter que chez un autre malade l'application de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse au même titre avait provoqué une dermite intense, qui a totalement fait défaut dans le cas présent. (*Semaine médicale*, 13 janvier.)

LES INJECTIONS ÉPIDURALES DE COCAINE OU DE SÉRUM ARTIFICIEL, CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE

Il y a quelques mois, M. le Dr Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. Cathelin, interne à l'hôpital Necker, ont fait connaître les bons résultats qu'ils avaient obtenus, dans 4 cas d'incontinence d'urine de cause variée, au moyen d'une ou de plusieurs injections épidurales de 1 c. c. d'une solution de cocaïne à

2p. 100. Depuis lors, ils ont poursuivi ces essais, de sorte qu'aujourd'hui le total des malades traités par ce moyen se monte à 15, parmi lesquels 3 étaient atteints de tuberculose urinaire. Dans la plupart des cas, les effets favorables de la médication se sont manifestés dès les premières injections, et, sauf 2 patients ayant une tuberculose des organes urinaires, tous les malades ont été très améliorés ou même complètement guéris.

Fait à remarquer, à côté de la cocaïne, MM. Albarran et Cathelin ont aussi expérimenté le sérum artificiel à la dose de 15 à 20 c. c. par injection, et cette pratique leur a donné des résultats très satisfaisants. C'est ainsi que, dans 3 cas d'incontinence infantile nocturne, la guérison a été obtenue par une seule injection de sérum, ce qui mérite d'être retenu, étant donné l'avantage que présente sur la cocaïne, au point de vue de l'innocuité, la solution physiologique de chlorure de sodium (*Semaine médicale*, 30 octobre).

DANGERS DE L'EMPLOI DE L'ACIDE BORIQUE POUR LA CONSERVATION
DES ALIMENTS, par M. J. KISTER.

En faisant ingérer à des sujets sains et vigoureux 3 grammes par jour d'acide borique — dose relativement modérée, eu égard aux quantités de cette substance dont on additionne souvent les aliments pour les conserver —, M. Kister a vu survenir, du quatrième au dixième jour, une albuminurie ayant persisté tant que dura l'administration d'acide borique. Dans d'autres expériences, des doses quotidiennes de 1 gramme suffirent à provoquer

des phénomènes éméto-cathartiques imputables au même produit.

Après l'ingestion d'un gramme d'acide borique par un sujet normal, l'auteur pu déceler la présence de cet acide dans l'urine dès la fin de la deuxième heure, et l'élimination ne fut complète que le huitième jour. Avec 0 gr. 50 c. l'excrétion débuta tout aussitôt, mais elle ne se prolongea pas au delà du cinquième jour. L'ingestion quotidienne de la substance en question donne lieu, par conséquent, à une accumulation notable dans l'organisme, d'où la gravité des accidents qu'elle détermine.

Des essais faits sur de jeunes animaux (poulets, chiens, chats, lapins, cobayes) montrèrent, en outre, une sensibilité particulière, dans le jeune âge, à l'égard de l'intoxication boriquée.

Il résulte de ces recherches que l'addition d'acide borique aux aliments n'est nullement inoffensive et doit être considérée comme une véritable sophistication dangereuse pour la santé publique. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionskr.*, XXXVII, 2 et *Semaine médicale*, 2 octobre).

BIBLIOGRAPHIE

DES PRÉPARATIONS OFFICINALES D'ACONIT. (Thèse de doctorat de l'Université de Paris) (Pharmacie), présentée et soutenue par HENRI ECALLE, pharmacien de 1^{re} classe.

Nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs le compte rendu de cette thèse remarquable, qui a valu à

son auteur les compliments les plus flatteurs de ses juges, et la mention *très satisfait*, juste récompense d'un labeur que nous avons suivi de près pendant plus de vingt années.

Dans ce travail, M. Ecalte a eu pour but l'étude des préparations officinales de l'aconit, et afin d'en bien déterminer la valeur, le dosage de l'aconitine dans chacune de ces préparations.

I^{re} PARTIE. — Après divers essais de dosage des alcaloïdes par l'alcalimétrie, qui n'ont pas donné les résultats qu'on en pouvait attendre, l'auteur a essayé le procédé Bertrand, modifié par lui, et à cette occasion le professeur Béhal lui adressa les plus chaudes félicitations, en lui faisant observer qu'il était plus méritoire d'avoir relevé les erreurs d'un procédé admis jusqu'alors par tout le monde, que d'avoir fait une découverte personnelle. Ce procédé repose sur la propriété que possède l'acide silico-tungstique, de former avec les alcaloïdes des composés stables et parfaitement définis.

Une solution d'acide silico-tungstique étant versée dans une solution d'aconitine, il se forme un précipité de silico-tungstate d'aconitine, lequel précipité donne à la calcination un poids d'acides silicique et tungstique proportionnel à sa combinaison avec l'aconitine.

Du poids obtenu, il est facile de déduire la quantité d'aconitine.

Il fallait, auparavant, rechercher le meilleur mode d'épuisement de la préparation d'aconit sur laquelle opérait l'auteur.

Il avait le choix entre deux procédés, l'un qui consiste à évaporer, à siccité la préparation d'aconit mélangée à de

la chaux éteinte et à du sable lavé, et à traiter le résidu par un dissolvant approprié.

Le second, qui consiste à décomposer l'alcaloïde par l'ammoniaque en présence de l'éther.

Les différents essais faits par le premier procédé sur 50 milligrammes d'aconitine donnèrent une part d'alcaloïde de plus de 80 p. 100, lorsque trois opérations successives faites sur la même quantité d'aconitine, par le procédé à l'ammoniaque et l'éther, ne donnèrent qu'une perte d'aconitine de quatre centièmes de milligrammes seulement, ou 1/20.000 du poids employé.

Les mêmes essais faits sur des extraits d'aconit donnèrent des différences, entre les deux procédés, variant entre 62 et 84 p. 100.

En présence de résultats aussi dissemblables, M. Ecalle adopta le procédé à l'ammoniaque et à l'éther, qui lui avait donné toute satisfaction.

Bertrand admet que :

$12 \text{ TuO}^3, \text{ SiO}^2$ se combinent avec 4 molécules d'alcaloïde.

Le coefficient qu'on déduit de cette formule est trop fort.

La formule suivante : $12 \text{ TuO}^3, \text{ SiO}^2 + 3 \frac{1}{2} \text{ ALCALOIDE}$, répond mieux à la réalité des faits.

Cette formule amena M. Ecalle à adopter comme coefficient de combinaison de l'aconitine avec l'acide silico-tungstique le nombre 0,793 au lieu de celui de 0,907 qui découlait de la formule Bertrand, admise jusqu'à présent, et les juges de la thèse se rangèrent à la réforme de l'auteur.

Ces formules posées, nous arrivons au nouveau procédé de dosage.

Voici comment M. Ecalte indique l'opération à faire :

Prendre une certaine quantité d'alcoolature, 125 grammes par exemple, en faire évaporer l'alcool au bain-marie, et, après refroidissement, y ajouter 5 à 6 centimètres cubes d'acide azotique au 1/10°.

Décomposer le mélange par l'ammoniaque en présence de l'éther, en versant le tout dans une ampoule à robinet, dans laquelle on aura mis préalablement 3 à 4 centimètres cubes d'ammoniaque, et 80 à 100 centimètres cubes d'éther sulfurique officinal de 0,720 de densité à + 15°.

Fortement agiter le mélange, laisser reposer et décantier la solution éthérée; reprendre le mélange par une nouvelle quantité d'éther, agiter à nouveau, décantier la solution éthérée et la joindre à la première; opérer ainsi 5 ou 6 fois, davantage si cela est nécessaire, et jusqu'à ce que la solution éthérée ne donne plus trace d'alcaloïde, ce dont on s'assure en versant dans un verre de montre VIII à X gouttes de la solution éthérée, laissant évaporer à l'air libre, y ajoutant ensuite I ou II gouttes d'acide azotique au 1/10, VIII à X gouttes d'eau distillée, puis soit I ou II gouttes de la solution d'acide silico-tungstique à 5 p. 100, soit I ou II gouttes de réactif de Mayer.

La moindre trace d'alcaloïde donne un louche caractéristique, très visible sur un écran noir.

Les solutions éthérées étant réunies, on les verse dans une seconde ampoule à robinet contenant déjà :

Acide azotique au 1/10°, 7 à 8 centimètres cubes

Eau distillée, 12 à 15 centimètres cubes.

Agiter fortement le mélange, laisser reposer, décantier la solution aqueuse et la mettre à part dans un vase à précipité; reprendre le mélange par une nouvelle quantité d'eau distillée, agiter à nouveau, laisser déposer, décantier

la solution aqueuse et la joindre à la première solution.

Opérer ainsi 7 ou 8 fois, davantage si cela est nécessaire, et jusqu'à ce que la solution aqueuse ne donne plus trace d'acidité au papier de tournesol.

Toutes les solutions aqueuses étant mises dans le vase à précipité, les chauffer à une douce température, de manière à faire évaporer l'éther qui se trouvait en dissolution dans l'eau distillée.

L'éther complètement évaporé, la solution est refroidie.

On précipite alors l'alcaloïde de cette solution par l'acide silico-tungstique en présence d'un excès d'acide azotique, en versant dans la solution 7 à 8 centimètres cubes de la solution d'acide silico-tungstique à 5 p. 100, et 12 à 15 centimètres cubes d'acide azotique au 1/10°.

Le mélange est chauffé jusqu'à commencement d'ébullition et mis à reposer pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Le précipité est ensuite recueilli sur un filtre, *ad hoc*, après s'être toutefois assuré que la solution ne précipitait plus par l'addition d'une nouvelle quantité d'acide silico-tungstique, et lavé à l'eau distillée jusqu'à ce que les eaux de lavage ne donnent plus trace d'acidité au papier de tournesol.

Le filtre et le précipité sont ensuite mis à sécher, soit à l'étuve, soit à l'air libre, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, et enfin calcinés dans un creuset en porcelaine préalablement lavé.

La calcination finie, le creuset est placé dans un dessiccateur et pesé après refroidissement.

Les résultats obtenus ont prouvé la valeur indiscutable de ce procédé de dosage.

II^e PARTIE. — Dans la 2^e partie de son travail, M. Ecalte a abordé l'étude des divers modes de préparation des alcoolatures et teinture d'aconit.

D'après lui, et avec raison, pour obtenir une bonne préparation, il n'est point toujours nécessaire qu'elle contienne une quantité considérable de principes actifs, mais il faut qu'elle renferme tous les principes actifs contenus dans la substance première, et qu'elle soit toujours identique à elle-même. Ne pouvant résumer tous les détails techniques des opérations auxquelles s'est livré M. Ecalte, nous en arrivons à ses conclusions, d'autant plus importantes qu'elles ont été admises par ses juges, professeurs à l'Ecole supérieure de Pharmacie et membres de l'Académie de Médecine, conclusions qui seront sanctionnées par une modification des préparations officinales dans la prochaine édition du Codex français.

Ces conclusions sont les suivantes :

Il y aurait lieu d'abandonner complètement dans la pratique pharmaceutique, toutes les *Alcoolatures de feuilles de racines d'aconit*, toutes les *teintures de feuilles et de racines*.

Une seule et unique préparation obtenue avec la *plante entière* (fleurs, feuilles, tiges et racines), recueillie à la première période de déclin de la floraison, devrait seuls subsister désormais.

Quant au mode de préparation à adopter, M. Ecalte indique la macération dans l'alcool à 95° pendant dix jours.

Malgré les bons résultats obtenus avec d'autres modes de préparation, notamment par expression de la plante, ils doivent être abandonnées en raison de leur complexité.

Seul le procédé par macération dans l'alcool à 95° supprime tous les avantages des autres procédés, sans en avoir ni les difficultés, ni les inconvénients.

Poissant plus loin ces considérations, M. Ecalte ajoute :

« En présence de la précision de notre procédé de dosage des alcaloïdes et de la possibilité pour tout pharmacien d'effectuer ce dosage, n'y aurait-il pas lieu, tout en adoptant le *modus operandi* que nous proposons, d'exiger le titrage des alcoolatures d'aconit et aussi des extraits. »

« Pour la facilité de la prescription médicale et pour être certain de pouvoir toujours obtenir des préparations à titre uniforme, nous fixerions, pour l'alcoolature, le titre de 0 gr. 50 0/00 ; pour l'extrait, le titre de 1 gr. 0/0. »

« Toutes les alcoolatures renfermant une quantité supérieure d'aconitine seraient ramenées à cette quantité exacte, par une simple addition d'alcool de même degré. Il en serait de même des extraits, lesquels seraient ramenés au titre voulu, par une addition intime d'un extrait sans aucune action médicamenteuse, l'extrait de chiendent par exemple. »

Ainsi un gramme d'alcoolature d'aconit contiendrait cinq dixièmes de milligramme d'aconit et un gramme d'extrait un centigramme.

En résumé, le travail de M. Ecalte peut ainsi conclure :

1^o Présentation d'un nouveau procédé de dosage des alcaloïdes aussi exact que possible.

2^o Adoption d'un seul mode de préparation d'alcoolature d'aconit avec suppression des teintures diverses.

3^o L'extrait d'aconit unifié également et ramené au titre de 1 gramme pour 100.

4^o Préparation unique d'aconitine, sous forme de granules, avec titrage de garantie écartant les granules, qui présenteraient une différence de plus de 10 0/0.

Nous croyons savoir que M. Ecalte ne s'en tiendra pas à

ses travaux sur l'aconit et l'aconitine, et qu'il nous réserve des recherches sur la digitaline qui seront le complément de ces intéressantes et utiles expériences.

D^r J. P. TESSIER.

MALADIES DE LA PEAU. — DESCRIPTION, ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT par le D^r DOUGLASS DE BALTIMORE. 1 vol. in-8° de 466 pages. — Boericke et Tafel Philadelphie.

Ce livre est un traité complet et bien pratique des maladies cutanées, où chaque partie est développée selon son importance.

Dans le 1^{er} chapitre, on trouve, en 20 pages, exposée l'anatomie de la peau. — Au 2^e chapitre les règles pour l'étude des maladies cutanées. — Le 3^e chapitre contient une classification des lésions élémentaires. — Le 4^e, l'étiologie. — Le 5^e, les inflammations du derme. — Le 6^e, les éruptions aiguës spécifiques, zymotiques. — Le 7^e, les inflammations papuleuses. — Le chapitre 8^e, qui forme 40 pages à lui seul, est une étude très analytique de l'eczéma. — Le 9^e, les éruptions bulleuses. — Le 10^e, les inflammations suppuratives etc., etc.

Chaque division est nette, le traitement donne la série complète des médicaments homœopathiques appropriés, et mentionne quelques uns des topiques, lotions ou pommades, les plus utiles. Il met à profit, en les complétant, tous les médicaments internes, externes, recommandés dans l'ouvrage de Kippax le seul du même genre, mais que les lecteurs trouveront nécessairement moins parfait. Le livre de Douglass traite de toutes les maladies de la peau connues et décrites avant lui, mais il donne, avec la

minutie scrupuleuse des cliniciens de notre Ecole, un chapitre tout nouveau sur le traitement des verrues, un autre sur celui du prurit, où toutes les nuances et les variétés ont été étudiées avec la mention du médicament approprié ; c'est là une partie de l'œuvre très personnelle.

L'ouvrage est illustré de gravures en couleurs donnant l'idée exacte de l'ichthiose, du psoriasis, impétigo, vitiligo, etc.

En résumé, Douglass a doté la littérature homœopathique d'un livre qui, dans la bibliothèque du médecin, contient condensées toutes les notions réparties dans un grand nombre de journaux, et lui met sous les yeux en un instant, tout ce qui l'intéresse sur un point donné de la pratique quotidienne.

D^r PICARD.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

L'ART MEDICAL

MARS 1902

CONSTITUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE

AVANT-PROPOS

L'étude de la pathologie générale a toujours compris quatre chapitres : l'homme, la maladie, la cause et la thérapeutique.

Arrivé à cette dernière question, J. P. Tessier s'arrêta éccœuré devant les insanités qui représentaient alors (1840) cette partie de la médecine.

Nous sortions en ce moment de la thérapeutique excessive de Broussais, et la méthode des saignées coup sur coup du professeur Bouillaud, son élève, en constituait comme un écho éloigné.

Chomel se posait comme l'adversaire déclaré de cette thérapeutique : il prétendait représenter la méthode du bon sens dans une sorte de synchrétisme, où dominaient les évacuations et les vésicatoires. Il alla jusqu'aux conséquences les plus extrêmes pour démontrer les erreurs thérapeutiques de ses adversaires ; on lit, en effet, dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, l'histoire d'une jeune fille rhumatisante, à laquelle il appliqua, pour en démontrer

la fausseté, la méthode des saignées coup sur coup ; et bien que l'observation signale l'aggravation de la maladie après chaque saignée, il continua l'expérience jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à l'autopsie (1).

Louis, l'ami de Chomel, le statisticien inintelligent, accumulait des travaux dignes des bénédictins, pour démontrer que la pneumonie guérissait quelques jours plus tôt par la méthode du tartre stibié que par la méthode des antiphlogistiques ! ou peut-être le contraire, cela importe peu (2).

De son côté, Récamier appliquait, à tort et à travers, les méthodes les plus bizarres et les moyens les plus énergiques ; mais c'est surtout dans des applications souvent malheureuses de la chirurgie à la médecine qu'il dépensait son activité maladive.*

Au-dessus de ce pêle-mêle planait la grande figure d'Andral qui, dans sa sagesse de sceptique, faisait constituer toute la thérapeutique dans les apozèmes ou le sirop de groseille.

Il faut encore citer Magendie, intelligent et railleur, qui au nom de la méthode expérimentale, plaçait l'expectation au pinacle de la thérapeutique.

Tel est le tableau, aussi triste qu'exact, que présentait la thérapeutique vers le milieu du siècle dernier.

Il est facile de comprendre comment, en face d'un tel gâchis, J. P. Tessier se trouva attiré vers la réforme de Hahnemann. Cette réforme, représentée par une loi positive d'indication et par une matière médicale expérimen-

(1) Clinique de Chomel, tome II. page 228.

(2) Louis : Mémoire sur les effets de la saignée, page 55.

tales, avait un caractère scientifique qui manquait totalement à la thérapeutique officielle. Sans doute Tessier, et, après lui, ses élèves, eurent le tort de ne pas faire des réserves suffisantes, tant contre l'exclusivisme de la loi des semblables, que vis-à-vis des doctrines empreintes d'illuminisme et de mysticisme qui entachent une partie de l'œuvre de Hahnemann ; mais la faute en fut, pour une part, à l'éclat des vérités contenues dans la première partie des réformes de Hahnemann ; et, pour la plus grande part, dans l'odieuse persécution qui rejeta violemment et injustement les disciples de la nouvelle doctrine en dehors de l'école et des hôpitaux et les força, pour ainsi dire, à servir sous un drapeau, dont toutes les couleurs ne leur étaient pas sympathiques.

Aujourd'hui, qu'un certain apaisement s'est fait, et que les enseignements sortis du laboratoire ont répandu sur l'art de guérir une lumière nouvelle, il nous semble possible d'exposer la constitution de la thérapeutique.

Les travaux de matière médicale et de clinique de Hahnemann et de ses élèves ; la sérumthérapie fondée par Pasteur sur la loi des semblables et l'atténuation des toxines ; l'asepsie chirurgicale, due aussi à ce grand homme, et relevant de la loi des contraires ; cet ensemble de connaissances, qui se succèdent et s'enchaînent depuis un siècle, jette sur les enseignements d'Hippocrate, restés jusqu'ici incompris, une clarté qui permet de les prendre pour base de la thérapeutique.

I. — THÉRAPEUTIQUE D'HIPPOCRATE.

C'est avec juste raison qu'Hippocrate a été appelé le père de la médecine. On trouve en effet dans ses livres, à côté d'erreurs qui appartiennent au temps où il vivait, des

vérités de premier ordre, des axiomes qui ont traversé des siècles sans être affaiblis, de ces vues de l'esprit, larges et profondes, qui n'appartiennent qu'aux hommes de génie.

En thérapeutique particulièrement, Hippocrate formula les principes généraux qui constituent la base même de cette science. Ces principes comprennent une formule doctrinale : c'est la nature qui guérit la maladie ; et deux lois d'indications.

1° *C'est l'organisme qui guérit la maladie. Natura medicatrix.*

C'est la nature qui guérit les maladies. Cet axiome constitue le caractère de la thérapeutique hippocratique, il n'a rien d'hypothétique et repose sur l'observation rigoureuse des malades. En effet, la clinique démontre que toutes les maladies curables, même les plus graves, peuvent guérir et guérissent en effet, sans aucun traitement.

Il est donc incontestable que l'organisme peut suffire et suffit en effet à la guérison des maladies.

L'axiome *natura medicatrix*, avons-nous dit, repose sur l'observation des malades, sur la clinique. Mais notre époque a apporté une démonstration de plus à cette vérité, celle du laboratoire. La destruction du microbe pathogène par les phagocytes est un exemple de l'organisme se défendant, par ses propres forces, contre l'attaque d'une cause morbide et une preuve de la possibilité de la guérison spontanée de la maladie.

Le professeur Bouchard, avec la claire vue des problèmes pathologiques qui est la caractéristique de son intelligence, avait dit : « Qu'on le considère dans les conditions normales ou dans les conditions pathologiques, le phagocy-

tisme est l'une des manifestations de la *nature médicatrice*, l'un des modes de l'effort naturel préservateur et curateur ».

Jusqu'à quel point et de quelle manière peuvent intervenir dans ces drames de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort, le médicament et le médecin ?

Hippocrate va encore nous le dire : *Medicus interpres et minister*, formule que les hippocratistes ont toujours traduit ainsi : Le médecin est le ministre et l'interprète de la nature.

Le médecin doit donc étudier le processus morbide dans tous ses détails, ses causes, ses symptômes, ses lésions, son mouvement, c'est-à-dire son évolution. *Medicus interpres*.

Medicus minister : Le médecin ayant saisi la maladie dans son expression toute entière, devient alors le ministre compétent qui va choisir le remède.

Comment se fera ce choix ? La routine, le caprice, la mode, l'inspiration sont de mauvais conseillers. Rappelons-nous d'ailleurs que l'intervention médicale n'est légitime que quand elle est justifiée par une *indication*.

Or, qu'est-ce qu'une indication ?

L'indication est la nécessité évidente d'une action déterminée, mais ceci est une loi générale. Quelles seront les règles qui guideront le médecin dans les cas particuliers ? Hippocrate a formulé deux lois d'indication et en a donné la formule.

Ces deux lois sont la *loi des contraires* et la *loi des semblables*.

Étudions maintenant ces deux lois, et précisons le sens des textes d'Hippocrate qui permettent de les comprendre.

(1) *Microbes pathogènes*, page 9.

a. *Loi des contraires.* — Cette loi a pour formule : *contraria contrariis curantur*. Les maladies sont guéries par leurs contraires. « Si on connaissait toujours, dit Hippocrate, la cause de la maladie, on serait en état d'administrer ce qui est utile, prenant dans les contraires l'indication du remède. » (tome VI, page 93, § 1, traduction de Littré).

Ainsi Hippocrate prend la peine de le préciser, la loi des contraires ne s'adresse pas à la maladie, mais à sa cause. Par conséquent, il a raison de dire que cette loi d'indication n'est applicable que pour les maladies dont on connaît la cause. Il ne faut pas perdre de vue cette signification du *contraria contrariis*, si on veut comprendre la suite de notre exposition.

Si le sens vrai donné à la loi des contraires par Hippocrate avait besoin d'être précisé, l'adage suivant ne laisserait subsister aucun doute : *sublata causa, tollitur effectus*. Or, cet adage est le complément nécessaire et universellement accepté de la loi des contraires.

b. *Loi des semblables.* — *Similia similibus curantur*. Cette formule est d'Hippocrate et elle résume et régit les faits que nous allons exposer. « La maladie est produite par les semblables et par les semblables qui l'ont faite... le patient revient de la maladie à la santé. Ainsi ce qui produit la strangurie qui n'est pas, guérit la strangurie qui est ; la toux, comme la strangurie, est causée et enlevée par la même chose » (*loc. cit.*, page 336 à 337 § 12.) *similia similibus curantur*.

Précisons maintenant le sens de cette formule. Hippocrate a-t-il voulu dire que c'était le *semblable de la cause* qu'il fallait prescrire pour guérir la maladie, comme

nous avons vu qu'il l'avait fait pour la loi des contraires. Il est facile de démontrer que telle n'est pas sa pensée. Il ne dit pas, en effet, si le froid produit la strangurie et la toux (ce qui est possible), prescrivez le froid pour guérir la strangurie et la toux ; mais il dit textuellement, la maladie est guérie par *les semblables que l'on fait prendre*. Or, ce qu'on fait prendre, c'est un médicament ; et le seul sens possible du passage d'Hippocrate est celui-ci : le médicament qui produit la strangurie ou la toux est le médicament qui guérit ces deux symptômes.

Du reste, à propos de la loi des contraires, Hippocrate nomme expressément la cause et dans la loi des semblables il n'en parle pas. L'interprétation que nous donnons de la pensée d'Hippocrate est celle qui a été acceptée par tous les médecins et c'est pour cela que la loi des semblables est restée inapplicable. S'il s'était agit d'appliquer à la guérison d'une maladie la cause qui l'avait produite où eût été la difficulté ? tandis que pour choisir un médicament capable de produire les maladies qu'il devait guérir, il fallait connaître l'action des médicaments sur l'homme sain, ce qui était lettre morte.

J'ajouterai qu'Hippocrate a fixé la valeur et la signification de la loi des semblables par une application clinique quand il traite et guérit un cas de choléra avec le *veratrum album*. (*loc. cit.*, tome V, page 15, § 10.)

Le *veratrum album*, en effet, produit chez l'homme sain tous les symptômes du choléra et, en le prescrivant, Hippocrate a appliqué la loi de similitude.

En résumé, Hippocrate enseigne que c'est l'organisme qui guérit les maladies ; et que deux lois doivent guider le

médecin dans la thérapeutique : la loi des contraires et la loi des semblables.

Nous acceptons complètement cet enseignement d'Hippocrate, et, avec ce grand médecin, nous considérons la nature médicatrice, la loi des contraires et la loi des semblables comme la base sur laquelle on doit élever la thérapeutique.

D'où est venue à Hippocrate cette connaissance du processus de guérison de la maladie par les forces de l'organisme ? qui lui a enseigné ces deux lois d'indication qui répondent à toutes les difficultés de la pratique et en particulier où a-t-il puisé cet axiome en apparence paradoxal du *similia similibus curantur* ?

Evidemment dans la tradition et dans ce qu'il appelait déjà l'*ancienne médecine*. Mais nous ne connaissons pas et nous ne connaissons probablement jamais les sources auxquelles Hippocrate a emprunté ces axiomes thérapeutiques.

Qu'importe après tout ? La clinique, avons nous-dit, a justifié cet axiome : *natura mediatric* et la loi des contraires répond, avec la loi des semblables, à toutes les nécessités de la thérapeutique : thérapeutique curative, thérapeutique palliative, et prophylaxie.

C'est la *loi des contraires* qui guide le chirurgien pour faire disparaître dans un traumatisme les causes de la douleur, de l'hémorrhagie, de la déformation des parties. C'est encore cette loi qui donne au médecin les règles nécessaires pour combattre et évacuer les poisons minéraux, végétaux et animaux. C'est la loi des contraires qui enseigne la technique propre à empêcher les accidents, suites du traumatisme, de l'accouchement et des opérations, puisque c'est elle qui enseigne à détruire le

microbe cause des accidents de pyohémie ; et les résultats de la chirurgie aseptique sont là pour montrer la fécondité et la puissance de cette loi des contraires, quand elle peut saisir et détruire la cause de la maladie.

C'est encore la loi des contraires qui enseigne aux médecins les règles de la thérapeutique palliative. Elle enseigne, en effet, que l'opium a la propriété d'enlever les douleurs, que le chloral a celle de faire dormir, que les purgatifs détruisent la constipation, que l'eau froide abaisse la température, etc., etc.

En un mot, la thérapeutique palliative, qui consiste toujours à supprimer un symptôme, trouve dans la loi des contraires un guide absolument sûr pour appliquer à cette suppression du symptôme les propriétés expérimentalement connues des médicaments.

Mais la loi des contraires cesse d'être applicable au traitement des maladies dites de *cause interne*, et nous verrons, dans un prochain paragraphe, que toutes les tentatives, même dans nos temps modernes, d'appliquer la loi des contraires au choix d'un médicament curatif d'une maladie de cause interne ont échoué.

La cause interne des maladies, même pour celles qui évoluent à l'aide d'un microbe pathogène, la cause interne des maladies, disons-nous, n'est autre qu'une propriété particulière de l'organisme qui le rend apte, dans certaines conditions et sous l'action de causes secondes, à produire un processus morbide déterminé.

L'organisme est ou n'est pas un *terrain* favorable au développement de la maladie. Là, est la clef de voûte de la doctrine étiologique. Eh bien, le contraire de cette disposition particulière de l'organisme, en tant que médicament, n'existe pas, donc il est impossible d'appliquer ici la loi des contraires.

Si la loi des contraires est inapplicable à la cause, elle l'est encore bien moins à la maladie elle-même. Qu'est-ce que le contraire de la pneumonie, de la fièvre typhoïde ou de la diphtérie? L'énoncé seul de cette proposition est absurde.

Mais comment comprenons-nous que la loi des semblables puisse servir à guider le médecin dans le choix d'un médicament pour la guérison d'une maladie? De la manière suivante :

Les médicaments administrés à l'homme sain produisent chez lui un ensemble de lésions et de symptômes soumis à une marche déterminée et que, par analogie, on peut appeler une *maladie médicamenteuse*.

C'est la connaissance de cette maladie-médicamenteuse qui rend possible la médication par les semblables.

Ces maladies médicamenteuses, aujourd'hui connues grâce à l'initiative de Hahnemann et de ses élèves immédiats, grâce aussi aux travaux des thérapeutistes qui, de nos jours, se sont occupés de pharmacodynamie, permettent l'application de la loi des semblables. Non seulement nous savons aujourd'hui, ce qui produit la strangurie et la toux chez l'homme sain, mais les études de pharmacodynamie nous ont fait connaître les symptômes et les lésions produits par la plupart des médicaments, en sorte qu'aujourd'hui les médecins peuvent appliquer la loi des semblables, en se basant sur la matière médicale expérimentale.

Ici se place une remarque de la plus haute importance pratique, et cette remarque s'adresse à ceux de nos confrères qui ont étudié la matière médicale à un point de vue différent du nôtre.

Nos recherches de matière médicale se proposent, par

des expériences méthodiquement graduées, d'étudier, chez l'homme et chez les animaux, l'ensemble des symptômes et des lésions produits par les médicaments, ensemble qui constitue une sorte de maladie médicamenteuse. Nous n'oublions jamais, en effet, que nos études de matière médicale ont pour but immédiat l'application de la loi des semblables au traitement des maladies; en sorte que nous plaçons sur un plan secondaire ce qu'on appelle aujourd'hui l'*action physiologique* du médicament, et nous trouvons presque inutiles les actions *hypertoxiques* qui tuent l'animal en quelques minutes. Quand, par exemple, nous étudions l'action de la digitale sur le cœur, nous plaçons en première ligne l'étude aussi exacte que possible de la dépression cardiaque et de l'asystolie produites par les doses fortes et, d'autre part, la surexcitation des contractions cardiaques produites par les doses faibles. Nous serions sans doute heureux de savoir si l'action de la digitale se localise sur le pneumogastrique, sur les ganglions intracardiaques ou sur les fibres mêmes du cœur, ce qu'on appelle l'action physiologique; mais nous ne nous préoccupons pas, outre mesure, de la supériorité des théories qui se disputent l'explication de ces faits. De même les expériences de M. Franck, qui tue un chien en deux minutes, avec la digitaline, nous semblent dénuées de toute utilité thérapeutique.

Notre méthode, pour étudier l'action des médicaments sur les animaux, est tout autre. Nous administrons des doses pondérables que nous augmentons ou diminuons, que nous éloignons ou rapprochons, suivant les effets produits. Et cette méthode qui s'accompagne d'une longue survie des animaux nous donne le tableau de symptômes

et de lésions qu'on n'obtient pas par les doses brutales généralement employées.

Quelques exemples de ces expériences feront comprendre notre méthode.

Action de l'ipéca sur les bronches et les poumons d'un animal sain. — L'ipécacuanha est employé traditionnellement dans les maladies inflammatoires des bronches et du poumon. Ce médicament est, dans notre école, l'agent principal dans le traitement des *broncho-pneumonies*. Il était donc très intéressant de rechercher les lésions que l'ipéca produit dans les bronches et le poumon des animaux.

Pécholier, qui suit la méthode dont nous faisons la critique, a déterminé la mort de lapins très rapidement par une dose toxique d'émétine. Il a toujours trouvé les poumons exsangues.

Magendie et Pelletier, expérimentant sur des chiens avec des doses faibles, ont déterminé de la congestion pulmonaire avec des foyers d'hépatisation multiple. Dans les expérimentations d'Ornellas, l'état du poumon variait avec la durée de l'intoxication.

Nous avons voulu vérifier l'action de l'ipécacuanha sur les poumons des animaux.

EXPÉRIENCES

Dans une première expérience nous nous sommes servi d'*émétine*, principe actif de l'ipécacuanha. Cette substance étant peu soluble dans l'eau, nous n'avons produit qu'un peu de diarrhée et une élévation de 5 à 6 dixièmes de degré de température.

Nous avons remplacé l'émétine par le *sulfate d'émétine*, préparation extrêmement soluble, dont nous avons injecté 5 centigrammes dans le tissu cellulaire d'un cobaye. La diarrhée

s'est produit aussitôt. La température a baissé d'un degré, à 38°5.

Le lendemain, une pareille dose de 5 centigrammes a produit un état très grave : respiration 128, pouls 112, température 36°; et le cobaye succombe dans la journée.

Autopsie. — Pas d'épanchement dans les plèvres ni le péritoine, rate ramollie, foie pâle, caillot dans les ventricules et les oreillettes.

Les deux poumons sont le siège de *noyaux d'hépatisation* au nombre de 5 ou 6. La partie hépatisée est noire, compacte et gagne le fond de l'eau. L'examen microscopique et l'ensemencement fait avec les précautions antiseptiques habituelles ont démontré l'absence de microbes dans cette lésion.

Voici le résultat de l'examen histologique pratiqué par M. Lefas, interne des hôpitaux.

Dans les poumons, congestion énorme des vaisseaux. Dans deux endroits, effraction des globules rouges dans l'intérieur des accini. Dans les bronches, amas muqueux mais pas de desquamation des cellules épithéliales. Autour d'une bronche de gros calibre, demi-manchon de cellules rondes embryonnaires.

Les cellules des acini se colorent peu ou point; elles sont desquamées en certains points et parfois présentent deux noyaux. Au même niveau, cellules rondes renfermant des granulations de pigment noir. En somme congestion avec *pneumonie épithéliale*.

En résumé, nos expériences sur l'émétine, principe actif de l'ipécacuhana, démontrent l'action de cette substance sur les bronches et le tissu pulmonaire. Nous pouvons ajouter que cette action a un caractère *inflammatoire et se localise comme la broncho-pneumonie*.

Action de l'émétique sur le lapin.

EXPÉRIENCES

Chaque jour, les animaux ont reçu sous la peau un centimètre cube d'une solution renfermant un milligramme de tartre stibié.

Après quelques jours, la dose a été portée à 2 centimètres cubes. Le faible titre de cette solution a permis une longue survie des animaux en expérience et les lésions ont pu évoluer et acquérir l'aspect typique.

Expérience A. — Lapin adulte: il reçoit du 11 avril au 1^{er} mai une injection hypodermique renfermant 1 milligramme d'émétique.

Diarrhée — température normale - diminution notable de la fréquence de la respiration.

A partir du 1^{er} mai, l'animal reçoit 1 milligramme d'émétique matin et soir, la respiration se ralentit de plus en plus, la température tombe de 39°5 à 38°5. Le 5 mai, 24^e jour de l'expérience, l'animal tombe dans le collapsus, 35°8 et succombe au milieu de convulsions.

Autopsie. — L'estomac seul est malade; non loin du pyllore, —il présente une *ulcération unique ovale*, mesurant 8 millimètres sur 5. Sa profondeur est de 2 millimètres et atteint la couche séreuse. Un bourrelet muqueux, froncé, entoure l'ulcération. Le péritoine, au niveau de la région ulcérée, est injecté mais non adhérent.

Examen histologique (Lefas). — Les bords de l'ulcération sont constitués par la couche glandulaire. La *muscularis mucosæ* cesse brusquement. Entre la couche glandulaire et la *muscularis mucosæ* existent de gros foyers hémorrhagiques.

Le fond de l'ulcère est formé par un tissu nécrosé avec des flots de cellules embryonnaires. Les cellules embryonnaires ont envahi la tunique musculaire (1).

Expérience B. — Nous trouvons inutile de rapporter ici les détails de cette expérience. Les résultats ont été fort analogues à ceux de la première. La température a baissé graduellement de 39°5 à 36°. La respiration s'est ralentie à partir du 7^e jour. La mort a eu lieu le 10^e jour.

L'estomac présente trois petites ulcérations dont la plus grande offre la dimension d'un grain de chenevis et présente un aspect analogue à celui décrit dans l'expérience A.

(1) Consulter pour les détails histologiques le Bulletin de la Société anatomique, mai et juin 1898.

Nous pouvons conclure de ces expériences que le tartre stibié à doses fortes *ralentit la respiration, diminue la température et amène la mort en collapsus.*

Mais nous appelons surtout l'attention sur la propriété qu'a le tartre stibié même administré **par voie hypodermique** de se localiser sur l'estomac et d'y déterminer des *ulcérations qui ont la plus grande analogie avec l'ulcère rond.*

Troubles fonctionnels et lésions viscérales déterminées par le sérum d'anguille. — Nous rapporterons une seule de nos expériences.

EXPÉRIENCE

Le sérum d'anguille qui a servi à ces expériences a été recueilli à notre laboratoire. La dose a été progressivement de deux à dix gouttes étendues dans un centimètre cube d'eau physiologique. Les injections ont été faites dans la veine marginale de l'oreille.

19 mars 1899. II gouttes de sérum sont injectées. Le pouls baisse de 148 à 108.

20 mars. 2^e jour. — Pas d'injection.

Les urines contiennent déjà du sang et de l'albumine.

Il y a du larmoiement.

21 mars. 3^e jour. — Injection de III gouttes pouls : 136 avant, 116 après.

23 mars. 5^e jour. — Injection de IV gouttes. Pouls : 148 avant 122 après.

Tremblement général.

Il y a de la *polyurie*. Les urines sont *albumineuses et contiennent des cellules rénales.*

24 mars. 6^e jour. — Injection de IV gouttes. Pouls : 144 avant, 136 après.

27 mars. 9^e jour. — Injection de V gouttes.

29 mars. 11^e jour. — Injection de V gouttes. La température initiale a baissé de 39°7 à 38°8. Le pouls est à 144.

1^{er} avril. 14^e jour. — Injection de V gouttes. *Polyurie.*

3 avril. 16^e jour. — Injection de VI gouttes. *Polyurie* continue.

11 avril. 24^e jour. — La diarrhée s'établit et les urines diminuent.

12 avril. 25^e jour. — Injection de X gouttes de sérum. *Anurie*.

13 avril. 26^e jour. — Mort.

AUTOPSIE. *Foie*. — Il est très malade. Etat de nécrose et de coagulation qui entoure les veines sus-hépatiques. La tunique de ces veines est épaisse et nécrosée.

Dans le reste du foie, groupe de cellules hépatiques présentant un début de nécrose de coagulation. On remarque de nombreuses vacuoles. Les capillaires intercellulaires sont lésés et remplis d'une substance finement granulée.

Rein. — La nécrose de coagulation est la lésion dominante dans les glomerules et dans les tubes contournés. Les tubes droits offrent la même lésion moins avancée.

En résumé, les lésions viscérales peuvent se ramener à deux principales : la nécrose de coagulation et la dégénérescence vacuolaire.

Conclusion. — Nous attirons l'attention sur l'action si prompte et si énergique du sérum d'anguille sur le rein. Au bout de 24 heures, les urines des animaux en expériences contenaient du sang et de l'albumine. Ce dernier élément a persisté pendant toute la durée de l'expérience et a atteint deux grammes par litre. En outre, les urines contenaient des cellules rénales.

Les urines d'abord très abondantes ont diminué quand on a augmenté la dose du sérum et l'anurie s'est établie le dernier jour (1).

Voici maintenant une suite d'expérimentations sur l'action du calomel en injections hypodermiques chez le

(1) Pour les détails d'histologie consulter le Bulletin de la société anatomique de mai 1899, et pour les détails des symptômes l'*Art Médical* de juillet 1899.

lapin. Elles ont été faites surtout dans le but de justifier l'indication du calomel dans le traitement de la cirrhose.

Nous avons fait trois expériences sur les lapins. Nous ne parlons pas des deux premières. La dose du sel mercuriel ayant été trop forte, les animaux ont succombé en 48 heures, et les lésions du foie et du rein étaient trop peu avancées pour qu'il soit intéressant de les rappeler.

EXPÉRIENCES

LAPIN n° 3. — Cet animal a survécu 29 jours : il a reçu en tout environ 0 gr. 45 centigr. de calomel en injections répétées, à doses fractionnées.

A l'autopsie, le foie pèse 60 gr., très congestionné. La rate est très petite. Reins hypertrophiés. Les poumons présentent un engorgement du lobe inférieur et du lobe moyen ; à la coupe, leur surface est rouge sombre ; examiné par raclage, le suc pulmonaire ne présente pas de pneumocoque mais des cocci isolés. Ventricule gauche du cœur hypertrophié, caillots cruoriques dans les oreillettes et le ventricule droit ; un caillot blanchâtre adhérent à la valvule tricuspide.

Voici maintenant l'examen histologique fait par M. Lefas.

« L'injection hypodermique de doses peu élevées, mais répétées de calomel à des animaux, des lapins par exemple, amène la mort de ces derniers au bout d'un temps variable. A l'autopsie, ces animaux sont trouvés porteurs de lésions anatomiques que l'on peut déjà présumer par l'examen à l'œil nu, mais que le microscope révèle dans tous leurs détails, et permet d'assimiler à des lésions déjà connues et classées :

« Les altérations du foie sont analogues à ce que l'on nomme la cirrhose embryonnaire infectieuse d'origine biliaire. Cette dernière peut se résumer dans ce fait qu'il existe des lésions inflammatoires irritatives des cellules de revêtement des canalicules biliaires intra-hépatiques, tant de ceux qui cheminent entre les travées cellulaires hépatiques (canaux d'origine), que de ceux qui font suite aux précédents, et occupent les espaces conjonctifs élémentaires constituant les fissures de Kiernan. Si l'irri-

tation de l'épithélium biliaire se prolonge un certain temps, elle se propage au tissu conjonctif voisin qui réagit en proliférant : on dit alors qu'il y a cirrhose d'origine biliaire.

« Concommément à ces lésions conjonctives et biliaires, il existe toujours des altérations en général modérées des cellules hépatiques elles-mêmes, consistant dans un état granuleux ou dans une multiplication des noyaux cellulaires.

« *Lésions du rein.* Ces dernières appartiennent comme type histologique à celles qui caractérisent les glomérulo-néphrites subaiguës dont un type a été réalisé expérimentalement dans l'empoisonnement lent par la cantharidine (Cornil et Brault), et que l'on retrouve cliniquement dans un grand nombre d'infections diverses : elles consistent en transformation granulo-vasculaire et granulo-graisseuse des cellules des tubes du rein, et en congestion pouvant aller jusqu'à la production d'hémorragies capillaires : ces altérations sont donc parenchymateuses et le tissu conjonctif du rein paraît ne pas y participer.

« Il nous reste à examiner les lésions pulmonaires déterminées par le calomel : celles-ci, très intéressantes, sont de deux ordres : les unes consistent en desquamation de l'épithélium alvéolaire avec congestion et hémorragies capillaires : c'est la *pneumonie épithéliale* avec congestion, comparable à celle du poumon cardiaque (Ducellier) ; les secondes consistent en *bronchopneumonie* comparable à celle des maladies infectieuses (rougeole, grippe, fièvre typhoïde, etc.). Ces altérations sont réalisées selon nous de la façon suivante :

« La congestion n'est pas passive comme celle du poumon cardiaque à laquelle elle ressemble histologiquement mais active ; cette congestion active est fréquente dans les intoxications. Nous l'avons vu précédemment en ce qui concerne le rein son intensité au niveau des capillaires pulmonaires est expliquée, de même que les altérations épithéliales et broncho-pulmonaires, par ce fait que l'appareil broncho-pulmonaire est une voie importante d'élimination des produits toxiques amenés par la circulation : la présence de ces derniers dans les capillaires sanguins peut expliquer aussi les hémorragies constatées.

Ainsi les lésions hépatiques produites par l'usage du

calomel expliquent bien, d'après la loi de similitude, les heureux effets de ce sel de mercure dans le traitement de la cirrhose. Ce qui donne la cirrhose la guérit pour faire suite à l'adage d'Hippocrate, ce qui produit la strangurie chez l'homme sain, guérit la strangurie chez l'homme malade.

Quant aux localisations de l'action du calomel sur le rein et sur le poumon, elles peuvent servir de base à des indications thérapeutiques que la clinique n'a pas encore déterminées suffisamment.

Un problème se pose : comment une action médicamenteuse intervenant dans un organisme malade, dans un sens analogue à la maladie, peut-il guérir cette maladie ?

Est-ce, comme l'enseignait Hunter, parce que deux états analogues ne peuvent subsister en même temps dans l'organisme ? Est-ce comme le veut Trousseau, une action substitutive ? Est-ce par un mécanisme encore inconnu ? Nous laisserons le problème ouvert.

Le fait en lui-même, quelle que soit son explication, est irréfutable. En effet, la démonstration de l'action des médicaments appliqués aux maladies suivant la loi des semblables est un fait traditionnel. Dans son chapitre des *guérisons homœopathiques dues au hasard*, Hahnemann a rassemblé des centaines d'observations empruntées à toutes les écoles et à tous les temps, qui démontrent l'action homœopathique des médicaments. De nos jours, en dehors de l'école de Hahnemann, nous n'aurions que l'embarras du choix pour citer des cas analogues. C'est l'action de l'ipécacuanha à doses non nauséuses dans l'asthme et les hémorrhagies ; c'est la cantharide prescrite contre le mal de Bright ; le calomel dans la dysenterie ; la Belladone

dans le mal de gorge; le drosera dans la coqueluche; l'hamamelis dans les varices et les hémorrhagies hémorroïdales, etc. etc.

C'est à dessein que nous l'affirmons de nouveau; toute la thérapeutique est comprise dans le principe : *natura medicatrix* et dans les deux fois formulées par Hippocrate. La thérapeutique posée sur ces larges assises est une thérapeutique vraiment scientifique : *Ce n'est point la thérapeutique d'une école en particulier, c'est la thérapeutique de tous*; en dehors de cette thérapeutique et n'y a que des sectes.

II. — THÉRAPEUTIQUE DE GALIEN.

Galien est avec Hippocrate la plus grande figure médicale de l'antiquité. Doué d'une vaste intelligence, et d'un esprit autoritaire, il puisa dans les doctrines d'Aristote et de Platon, qui furent ses premiers maîtres, l'esprit organisateur qui était la caractéristique de son génie. Si nous ajoutons que Galien possédait en anatomie, en physiologie et en médecine une somme incomparable de connaissances, nous comprendrons que ce médecin avait tout ce qu'il fallait pour fonder une école; et la fonder de telle sorte, qu'il lui assura une prépondérance incontestable pendant quinze siècles; et, qu'aujourd'hui encore, il faut compter avec elle.

Dire que le Galénisme eut une influence prépondérante, ce n'est pas assez dire; ses préceptes étaient reçus comme des articles de foi, non seulement au moyen âge mais encore après la renaissance; et jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, il garda toujours les allures tyranniques qu'il devait au caractère autoritaire et à la haute opinion que le Maître avait de lui-même. Car la modestie, pas plus

que le courage professionnel ne furent des qualités de Galien. Il quitta Rome précipitamment pendant que la peste y régnait, il déclare qu'Hippocrate n'avait fait que montrer le chemin, tandis que lui, Galien, en avait seul aplani les difficultés, comme Trajan avait rendu praticables les routes de l'Empire romain.

En thérapeutique, Galien accepte d'Hippocrate son axiome de *natura medicatrix* et ses deux lois d'indication : *similia similibus* et *contraria contrariis*.

Mais malgré cet acquiescement aux principes qui servent de base à la thérapeutique hippocratique, nous allons voir Galien constituer une thérapeutique absolument opposée à celle de son maître, et devenir le père du mouvement révolutionnaire qui arrêta dans son essor la thérapeutique d'Hippocrate.

Au lieu de se borner à guider et à aider la nature, le médecin Galéniste doit lutter avec la cause morbide, la détruire et l'éliminer; il doit dompter la maladie. La loi des semblables n'est conservée que comme un souvenir du passé, et la loi des contraires domine toute la thérapeutique.

Reprenons maintenant successivement les principes de la thérapeutique de Galien et donnons la preuve de ce que nous venons d'avancer.

1° *Natura medicatrix*. Galien comprend, l'axiome *natura medicatrix* comme l'avait compris Hippocrate.

« La nature, dit Galien, est le premier des arts qui administrent la santé (1). »

« La nature ayant formé le corps dans son origine doit le rétablir en santé quand il devient malade (2). »

(1) Galien considéré comme philosophe, § IV, page 10.

(2) Galien, *contra Julianum*.

« Il est également vrai de penser que la nature règle chaque chose pour la conservation de l'animal et que c'est surtout elle qui guérit, spécialement quand elle agit par les évacuations critiques (1). »

Mais la véritable pensée de Galien est contenue dans la citation suivante : « Il s'ensuit de là que l'art de la médecine est supérieur au médecin, puisque c'est le secours de l'art qui le met en état de dompter la maladie (2). »

Dompter la maladie, c'est là le principe même de la thérapeutique galéniste; c'est à cette formule que Galien va rattacher toutes les connaissances qui convergent vers la guérison des maladies, et constituer un art de guérir qui s'éloigne autant de l'art enseigné par Hippocrate que la formule *dompter les maladies* s'éloigne de celle de la nature médicatrice.

2° *Lors d'indication*. Galien est le premier médecin qui ait donné une définition générale de l'indication. D'après lui, l'indication « est la vue d'une conséquence ou plutôt une conséquence évidente, *ipsam consequentiæ inspectionem, indicationem dicimus* (3). »

Ce qui caractérise cette définition, je l'avoue, un peu obscure, c'est l'évidence exigée pour toute action thérapeutique. Traduisant librement cette définition, nous disons dans notre école, l'indication est la nécessité évidente d'une action déterminée, renfermant dans cette formule la règle qui doit guider le médecin et le chirurgien dans l'application si pleine de responsabilité de leur art.

(1) Commentaires V, in *epid.*, XXVII, tome 27 B, page 224 à 229.

(2) In *epid.*, tome XXVII B, *loc. cit.*

(3) M. m., 11.7, page 126.

Pour remplir les indications, Galien reconnaît comme Hippocrate deux lois : la loi des semblables et la loi des contraires.

a *Loi des semblables.* — Dans un certain nombre de ses ouvrages, Galien déploie la plus grande énergie pour réfuter le principe du *similia similibus curantur* (1) et quand il se laisse guider exceptionnellement par cette loi, par exemple quand il soigne une intempérie chaude par un remède chaud, il dit que cela n'a eu lieu que par accident, ou parce qu'il est intervenu quelque chose qui était directement opposé à la maladie. C'est ce que Broussais appelle fort justement un *subterfuge* (2).

En résumé, Galien ne conserve la loi des semblables que comme un souvenir d'Hippocrate, formant un ornement à sa convenance pour sa doctrine.

b. *Loi des contraires.* — La loi des contraires était en thérapeutique la maxime favorite de Galien, il y revient sans cesse (3). Sa pensée est bien rendue dans ce passage : « La guérison n'étant que le changement d'un état anormal du corps en l'état normal, et ces deux états étant opposés l'un à l'autre, il en résulte que la santé ne pourra être rétablie que par ce qui est contraire à la maladie..... Chaque maladie a son contraire, ajoute immédiatement Galien, c'est-à-dire son traitement spécial. » (4)

Quant à la nécessité de détruire la cause de la maladie qui répond à l'axiome *sublata causa tollitur effectus*, Galien y revient souvent : « Toutes les fois, dit-il, que la cause

(1) *De morb. vulg. cum* II, classe 3, page 316, et de *hisque in med. flant*, classe 7, page 443, édition 1562.

(2) *Examen des doctrines*, tome I, page 211.

(3) Thèse inaug. de Ravel 1849.

(4) M. m. XI, 2, page 730.

efficace persiste dans une maladie, il faut commencer le traitement par combattre cette cause (1). » — « Tant que la cause *conjointe* persiste, la maladie subsiste. Est-elle enlevée, la maladie cesse aussitôt. »

Les textes que nous venons de citer suffisent pour bien faire connaître le caractère de la thérapeutique galéniste : combattre la cause par ses contraires ou encore détruire, évacuer, le principe mauvais qui cause la maladie ; et, dans les deux cas, la cause étant détruite ou enlevée, la guérison est obtenue. Aussi est-ce avec raison que j'appelle la thérapeutique de Galien : THÉRAPEUTIQUE ÉTIOLOGIQUE.

Or, ces causes qu'il s'agit de détruire par leurs contraires sont des hypothèses pures ; et les propriétés des médicaments que Galien opposait à ces causes sont également hypothétiques ; en sorte que la thérapeutique de Galien peut se résumer ainsi : *combattre une cause hypothétique par les propriétés hypothétiques d'un médicament.*

Ajoutons qu'il y avait deux raisons pour qu'il ne pût en être autrement, la première c'est que la *cause efficace* des maladies n'est point du domaine des sciences d'observation, et que toutes les fois qu'un médecin veut pénétrer la nature de cette cause, il tombe fatalement dans le pays des hypothèses, et y reste.

La seconde raison de la thérapeutique hypothétique de Galien tenait à l'ignorance où l'on était alors de l'action des médicaments sur l'homme sain.

Pénétrons un peu plus avant dans la doctrine galéniste.

Galien admettait quatre humeurs dans le corps humain : le sang, la pituite, la bile et l'atrabile, formés par les quatre éléments la terre, l'eau, l'air et le feu.

(1) M. m. II, IV, V, page 254 255 et 208.

Ces quatre humeurs pouvaient être altérées par excès (pléthore) ou par diminution (anémie) ou par altération, d'où naissaient les *cacochymies*, les *acrimonies*, les *putridités*.

Galien, avons nous dit, ignorait, comme tous les médecins de son temps, l'action positive des médicaments. Il eut cependant l'idée de la nécessité de l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain, mais ses essais furent très superficiels. Il se bornait en effet à appliquer les médicaments sur la peau et à interroger le patient pour savoir quelle impression il en ressentait (1). Cette méthode enfantine ne pouvait rien apprendre à Galien, aussi il essayait de déterminer l'action des médicaments par les *qualités élémentaires* qu'il leur supposait : le *chaud*, le *froid*, le *sec*, l'*humide* qui engendraient l'*âcre*, l'*amer*, l'*acide*, etc.

Si nous ajoutons que Galien était un *dogmatique* intransigeant, nous aurons fait connaître complètement l'esprit de sa doctrine. Galien place, en effet, le raisonnement au-dessus de l'expérience, comme il appert des passages suivants :

« La découverte rationnelle des remèdes l'emporte sur leur invention empirique (2) ».

Voici un second passage aussi explicite : « Partir de la nature même de la chose et en déduire, en dehors de l'expérience, ce qui doit être fait, c'est trouver le médicament par indication » (3).

Cette prééminence accordée par Galien au raisonne-

(1) Thèse inaug. de Ravel, page 30.

(2) Voir Thèse de Ravel les sources bibliographiques (page 22).

(3) M. m. XI, 8, page 753.

ment nous fait comprendre le caractère autoritaire et intolérant de cette école. Elle avait la dureté et l'inflexibilité d'un syllogisme.

Nous retrouverons ces défauts à un plus haut degré encore chez les successeurs de Galien.

Traduites et vulgarisées par les médecins arabes, les œuvres de Galien furent accueillies avec d'autant plus d'enthousiasme par les médecins du moyen âge, qu'elles avaient les allures de la philosophie d'Aristote, si fort en honneur à cette époque.

Plus tard encore, pendant la renaissance et jusqu'à la fin du xviii^e siècle, le Galénisme domina absolument les doctrines médicales.

Les écrits de Riolan et de Guy Patin, la persécution exercée envers les médecins qui croyaient à la circulation du sang; l'autorité des parlements, invoquée pour proscrire l'usage de l'antimoine, font assez comprendre à quel degré de domination et de despotisme était arrivée l'école de Galien.

Le Galénisme trouva, il est vrai, bien des contradicteurs; et des hommes éminents tels que Paracelse, Van Helmont, Stahl, Haller, Hunter élevèrent des protestations autorisées contre les excès et les erreurs de cette école. Tous rappelèrent l'axiome hippocratique *Natura medicatrix* et s'efforcèrent de lui rendre sa première signification. Tous invoquèrent la loi des semblables et l'opposèrent à la loi des contraires, mais, je le répète, cette loi des semblables était absolument inapplicable en l'absence de la connaissance de l'effet positif de l'action des médicaments sur l'homme sain. Et ce n'était point la tentative faite par Stahl de remplacer dans le traitement des aigreurs de l'estomac les alcalis par les acides, qui

pouvait décider la question et vulgariser la loi des semblables. Aussi le galénisme triompha de toutes ces oppositions. Il sut même se maintenir malgré les progrès et les découvertes de la physiologie qui savaient par sa base la doctrine des quatre humeurs. Il remplaça comme il put cette base de ses indications ; créa de nouvelles hypothèses, et conserva sa thérapeutique *étiologique*, même après la destruction des hypothèses successives qui lui avaient servi de fondement.

L'essence même du galénisme a survécu à toutes ces ruines. La thérapeutique étiologique qui a la prétention de s'attaquer à la cause même de la maladie, et de la détruire par son contraire, hante encore l'esprit de la plupart des médecins de notre temps. C'est au nom de cette thérapeutique étiologique qu'on a prétendu détruire le microbe pathogène et guérir la maladie. Les déceptions de l'antisepsie médicale appliquée à la cure de la phtisie, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde et des autres maladies infectieuses sont encore présentes à toutes les mémoires.

C'est encore à la thérapeutique étiologique que nous devons l'emploi des bains froids dans les pyrexies ; thérapeutique qui, d'illusions en illusions, est obligée d'avouer 25 p. 100 de mortalité dans la fièvre typhoïde !!!

En résumé, l'œuvre de Galien a été une œuvre néfaste ; elle a arrêté dans son essor la thérapeutique d'Hippocrate, thérapeutique fondée essentiellement sur l'observation ; et, répondant par sa constitution à toutes les nécessités pratiques : par la loi des contraires à l'asepsie chirurgicale, à la médication palliative et à la prophylaxie ; par la loi des semblables, au traitement des maladies dites de cause interne.

Dans le chapitre suivant, un pas immense va être fait dans la voie de la thérapeutique positive. Hahnemann va créer la *matière médicale expérimentale*, rendre possible l'application de la loi des semblables et plus certaine l'application de la loi des contraires dans la médication palliative.

III. — THÉRAPEUTIQUE DE HAHNEMANN

Hahnemann avait 41 ans quand il publia un tout petit livre intitulé : *Essai sur un nouveau principe pour découvrir les vertus curatives des médicaments*. Ce livre fut publié en 1796 et c'est une date à jamais mémorable, car elle marque la création d'une science nouvelle : la *matière médicale expérimentale*.

Le titre même de cette publication indique, d'une manière très précise, le but que se proposait Hahnemann : découvrir les propriétés positives des médicaments.

Hahnemann va-t-il, comme ses devanciers, rechercher dans les qualités physiques et chimiques des médicaments, dans les vertus que la tradition leur assigne ou même dans les effets qu'ils produisent chez les malades, les fondements de sa nouvelle matière médicale ? Non ; il sait combien toutes ces sources de connaissances sont illusoire et qu'elles n'ont produit, jusqu'à lui, qu'une science contradictoire. Donc, après avoir rejeté les anciennes méthodes, il ajoute : « Il ne nous reste donc plus qu'à expérimenter sur l'organisme humain les médicaments dont on veut connaître la puissance médicinale » (*Essai sur un nouveau principe*, page 33).

A la page 35, Hahnemann complète sa pensée en disant que les effets médicamenteux doivent être observés *chez l'homme sain*.

Toute la méthode qui va servir à édifier la matière médicale expérimentale se trouve résumée dans ces quelques lignes. Hahnemann va appliquer cette méthode et quelques années plus tard, il publiera, sous le titre de *Fragments sur les effets positifs des médicaments observés chez l'homme sain*, l'histoire de 26 médicaments.

Hahnemann dans cette première partie de sa vie, se laissa entièrement guidé par la méthode expérimentale ; aussi ce fut le temps de ses grandes découvertes. Son génie d'observation donne une très grande valeur à ses premiers travaux de matière médicale, non seulement il trace l'action des médicaments sur l'homme sain, mais il constate un certain nombre de lois qui régissent l'action des médicaments sur l'homme sain ; lois dont l'exactitude a été reconnue par la pharmacodynamie moderne.

Ces lois sont au nombre de deux : la première est celle-ci : *Un médicament donné en une seule dose à un homme sain produit deux effets alternants dont le premier est opposé au second* ; voici la seconde loi : *Tout médicament produit sur l'homme sain deux effets opposés suivant qu'on le prescrit à petites ou à fortes doses* (1).

La posologie d'Hahnemann n'avait à cette époque rien d'extraordinaire : « On administrera le remède à une dose telle qu'il manifeste d'une manière presque imperceptible la maladie artificielle qu'il provoque (car il agit dans ce cas à cause de la tendance qu'il a à évoquer une affection artificielle semblable) ; on augmentera ensuite insensiblement la dose de manière à être certain que le change-

(1) Consulter les pages 192 et suivantes de nos éléments de *pathologie générale* où ces lois sont résumées.

ment intérieur de l'économie se fasse avec un degré suffisant d'énergie, bien qu'avec des manifestations beaucoup moins vives que les symptômes de la maladie naturelle. De cette façon, on obtient une guérison douce et certaine. » (*loc. cit.*, p. 37, en note).

Si la réforme de Hahnemann avait été présentée au monde médical avec ce caractère de science et de bon sens, elle eut entraîné toutes les convictions. On sait qu'il n'en a rien été; et c'est ce qui nous reste à exposer.

La note sur les doses que nous venons de reproduire fait déjà pressentir l'état d'esprit de Hahnemann. Il se préoccupe évidemment de l'inconvénient des doses fortes capables d'exciter dans l'économie des manifestations plus vives que celles de la maladie à combattre. Il est clair qu'employant des médicaments qui produisent chez l'homme sain des symptômes analogues à ceux de la maladie il devra redouter des aggravations inutiles ou même dangereuses. Quel procédé va employer Hahnemann pour arriver à l'atténuation des doses? Va-t-il expérimentalement diminuer les doses ordinaires de moitié, d'un quart, d'un dixième? Non! Il va nous jeter dans la stupeur en poussant du premier coup, et sans transition, l'infinitésimalité à des limites jusqu'alors inconnues, il propose l'atténuation des médicaments par la division centésimale. La première dilution est au 100^e, la deuxième au 10.000^e, la troisième au 1.000.000, et la trentième s'exprime par l'unité précédée de soixante zéros!

Jamais Hahnemann n'a donné la raison qui l'a porté à choisir cette échelle de dilution. Nous remarquerons seulement qu'à ce moment un changement complet s'était opéré dans les allures de Hahnemann. Ce n'est plus ce savant pondéré, parlant la langue médicale usuelle, et

cherchant dans la matière médicale expérimentale la solution des problèmes thérapeutiques. Son langage a pris une teinte d'illuminisme, il se considère comme ayant une mission ; il se pose en maître, sans égard pour la tradition médicale et n'accepte d'autres guides que ses inspirations.

C'est alors qu'interviennent les théories insensées qui veulent expliquer l'action des médicaments dilués par une vertu que leur communiqueraient les secousses imprimées au flacon qui les enferme ; secousses qu'il recommande de ne pas porter trop loin de peur d'augmenter par trop l'énergie du médicament ; puérilité ridicule, absolument dénuée d'autorité scientifique et dont s'emparèrent avec enthousiasme ces esprits déséquilibrés qui se rencontrent toujours nombreux dans tout nouveau système.

La trentième dilution fut bientôt dépassée. Nous eûmes un Jenichen, sous-officier de cavalerie, aux robustes épaules, qui dépouillé de ses vêtements, secouait de ses bras vigoureux des flacons de la quatrième dilution. Quant il leur avait imprimé cent secousses, il avait la centième dilution. Après 20.000 secousses, c'était la 20.000^e dilution.

Or, comme n'ont cessé de le dire, avec moi, tous les médecins sensés, c'était toujours la quatrième dilution.

Nous ne voulons point insister sur les insanités analogues, nées de cette folie de la puissance médicammenteuse produit par les dilutions successives. Ce que nous avons dit de Jenichen suffit.

La réforme de Hahnemann déviée de la base expérimentale qui avait fait la grandeur de son début, ne fut point

abandonnée aux disciples intransigeants qui en avait fait une secte. Les protestations furent énergiques et de plus en plus nombreuses. Une réaction en sens inverse se fit, principalement chez les médecins de langue française et anglaise ; l'emploi des médicaments dilués au dixième, au lieu d'être dilués au centième, l'emploi même des doses pondérables se généralisa beaucoup. Personne ne soutient plus aujourd'hui l'action exaltante des secousses imprimées au flacon du médicament. On peut dire qu'aujourd'hui la plupart des élèves de Hahnemann se sont débarrassés du MANTEAU SECTAIRE qu'on leur avait imposés ; qu'ils sont rentrés dans la science traditionnelle, reconnaissant pour leur maître Hippocrate et comme le continuateur de la loi de similitude et des atténuations l'illustre Pasteur. Ils professent aujourd'hui qu'il y a deux lois d'indication : la loi des semblables et la loi des contraires, toutes deux légitimes chacune dans leur sphère. Ils n'admettent pas que les doses infinitésimales doivent être employées exclusivement et ils ont une règle qui fixe la posologie.

Cependant les doses infinitésimales sont si généralement contestées et la plupart des médecins de l'école officielle répugnent tellement à les employer, que nous trouvons nécessaire d'insister sur la démonstration de leur action sur l'organisme.

Depuis près d'un siècle, des milliers de médecins répandus sur toute la surface du globe ont démontré par la clinique l'action des doses infinitésimales ; mais nous savons, qu'en thérapeutique, la preuve clinique est absolument insuffisante pour entraîner la conviction chez des adversaires. Accumulez observations sur observations

pour démontrer l'efficacité d'un traitement dans une maladie définie, surtout il s'agit d'une chose aussi étrange que les doses infinitésimales, on répondra *coïncidence* ou *illusion*, et la preuve sera comme non avenue.

Dans une démonstration aussi difficile que celle que nous entreprenons, la preuve clinique ne peut être qu'une confirmation.

Quelques essais d'expérience de doses infinitésimales sur l'homme ont été entrepris par le professeur Imbert Goubeyre, entre autres. Qu'ont produit ces expérimentations du reste en petit nombre? Quelques éruptions, quelques symptômes fugaces, mais rien qui puisse faire entrer la conviction dans des esprits prévenus.

Que nous reste-t il à faire? Demander au laboratoire une de ces démonstrations comme la méthode expérimentale a coutume d'en produire et contre lesquelles l'objection n'est pas possible?

Ces expériences nous les avons faites.

Nous avons pris un être organisé et nous l'avons mis en contact avec un médicament dilué suivant la méthode de Hahnemann.

L'inspection et la balance démontrent l'action de ce médicament même à la 6^e dilution centésimale (nombre qui s'énonce par l'unité précédée de douze zéros). Or, si une substance à une dose aussi infinitésimale a une action évidente sur une algue, qui pourra nier la possibilité de l'action des doses infinitésimales sur un processus morbide (1).

(1) Ces expériences ont été faites au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques avec l'*argent métallique* et l'*aspergillus niger*. Les

Arrivons maintenant à un autre ordre de preuves de l'action de ces infiniment petits. Qui pourra dire le poids de la toxine tuberculeuse qui arrive au poumon malade quand une goutte de tuberculine de Koch a été injectée dans le tissu cellulaire d'un phthisique, s'est mêlée au sang dans toute la circulation, a traversé le foie et est enfin arrivée à la lésion tuberculeuse du poumon. Cette quantité est si minime que Besnier (de l'hôpital Saint-Louis), la compare aux dilutions homœopathiques les plus exagérées ; et cependant, cette dose infinitésimale de toxine peut causer une fièvre violente et, trop souvent, a tué le malade.

Qui dira le poids de la toxine diphtérique qui, après avoir été élaboré dans l'organisme d'un cheval, est contenu dans le sérum de Roux. Ce sont là des exemples de doses infinitésimales dont l'action ne peut être mise en doute parce qu'elles ont la brutalité d'un fait de laboratoire.

Et maintenant, nous aurions quelques chances d'être entendu en parlant des milliers de faits cliniques que possède notre école.

Aussi, tout en repoussant l'esprit de système qui a guidé Hahnemann pour établir ces modes de dilution, et plus encore les explications mystiques qu'il a données de leur action, acceptons-nous l'usage de ces doses, dans le traitement de cas pathologiques déterminés, à la condition expresse que ces doses soient réglées par l'observation clinique.

premiers résultats ont été publiés dans l'*Art médical*, janvier 1902.

Nous continuons nos travaux. Nous les étendrons à d'autres substances et à d'autres végétaux. Et les résultats seront publiés ultérieurement.

IV. — THÉRAPEUTIQUE DE PASTEUR.

La doctrine thérapeutique formulée par Hippocrate, développée par Hahnemann, trouve son complément dans l'œuvre d'un homme qui fut aussi grand par son génie que par l'élévation et l'honnêteté de son caractère, je veux parler de Pasteur.

Nous ignorons à quelle source Hippocrate a puisé ses enseignements thérapeutiques, mais Pasteur fut notre contemporain, nous possédons donc tous les éléments nécessaires pour faire la genèse de ses découvertes.

Pasteur a commencé par être chimiste (1) ; il montra, dès ses premiers pas dans l'étude de cette science, les qualités auxquelles il dut sa supériorité.

Ce qui caractérise le génie de Pasteur est sa fidélité constante à la méthode expérimentale.

Pasteur expérimente. S'il fait des hypothèses c'est pour les vérifier, jamais il n'a fait un système. Quand il s'attelle à la recherche d'une vérité, à la solution d'un problème, il institue expérimentations sur expérimentations et il n'est satisfait que lorsque ces expérimentations concordent toujours ; alors pour lui la question est résolue ; il la formule avec cette clarté née de la connaissance complète du sujet. Tout à l'heure il était hésitant, il cherchait, il

(1) Ses recherches eurent d'abord pour objet les tartrates et les paratartrates. La différence d'action de ces deux sels sur la lumière polarisée, le tartrate agissant sur la lumière et le paratartrate restant indifférent, préoccupait tous les chimistes vers la fin de la première moitié de ce siècle. Pasteur, après avoir couru l'Europe à la recherche des paratartrates, trouva l'explication de leur différence d'action dans la dissymétrie des molécules.

vérifiait ; maintenant il affirme et, comme ses méthodes sont rigoureuses, il ne se trompe pas.

L'étude de la *fermentation* qui, jusqu'à Pasteur, s'expliquait par des lois chimiques, fut pour lui comme l'aurore d'une nouvelle voie. La découverte du microbe de la fermentation lactique et alcoolique le conduisit naturellement à rechercher et à étudier chez les animaux et chez l'homme les infiniment petits qu'il démontra être la cause d'un certain nombre de maladies, comme ils étaient la cause des fermentations, le *microbe pathogène* fut trouvé ; ses conditions de culture, après de nombreux tâtonnements, furent déterminés ; en sorte que Pasteur put tout à la fois déterminer la cause des maladies infectieuses et enseigner le moyen de les reproduire chez les animaux. Ces nouvelles découvertes furent appliquées d'abord à l'étude du *charbon* en collaboration avec Davaine. Un peu plus tard, la bactériologie telle que l'avait constituée Pasteur, lui permit de trouver la cause et le remède de la *pébrine* (1). Ce résultat fut pour Pasteur l'occasion d'une grande et juste popularité.

Cependant Pasteur allait déduire de ses premiers travaux des conséquences imprévues et dont les résultats pratiques furent considérables.

C'est en premier lieu l'*asepsie chirurgicale* dont il fixa du premier coup et la doctrine et la technique. Voici en quels termes il s'adressait aux chirurgiens : « Cette eau, cette éponge, cette charpie avec lesquelles vous lavez et recouvrez une plaie, y déposent des germes qui, vous le voyez, ont une facilité extrême de propagation dans les tissus et qui entraîneraient infailliblement la mort des

(1) Maladie des vers à soie.

opérés dans un temps très court si la vie ne s'opposait à la multiplication de ces germes.

« Mais hélas ! combien de fois cette résistance vitale est impuissante, combien de fois la constitution du blessé, son affaiblissement, son état moral, les mauvaises conditions du pansement n'opposent qu'une barrière insuffisante à l'envahissement des infiniment petits dont vous l'avez recouvert, à votre insu, dans la partie lésée. Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, pénétré, comme je le suis, des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, non seulement je ne me servais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais après avoir nettoyé mes mains avec le plus grand soin et les avoir soumises à un flambage rapide, je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, des éponges préalablement exposées dans un air de 130 à 160°, je n'emploierais jamais qu'une eau qui aurait subi la température de 140 à 150°. Tout cela est très pratique, de cette manière je n'aurais à craindre que les germes en suspension dans l'air ; mais l'observation nous montre chaque jour que le nombre de ces germes est pour ainsi dire insignifiant, à côté de ceux répandus dans la poussière, à la surface des objets ou dans les eaux communes les plus pures. » (*Loc. cit.*, p. 393.

Nous avons tenu à reproduire en entier ce passage d'un discours de Pasteur à l'Académie, parce qu'il expose complètement la raison et les règles de l'*asepsie chirurgicale*.

En effet, si vous ajoutez à ce qu'a dit Pasteur, le lavage méthodique de la *région* sur laquelle doit porter l'opération, vous avez l'ensemble de ces précautions qui empêchent l'introduction du microbe pathogène dans la plaie chi-

rurgicale; vous avez la pratique de ce qu'on appelle justement l'*asepsie*, c'est-à-dire la méthode qui empêche l'entrée du microbe, qu'il faut distinguer de l'*antisepsie* dirigée contre le microbe, déjà introduit dans l'organisme et contre les toxines qu'il y secrète.

Quoiqu'on doive rendre au professeur Budin l'honneur d'avoir, étant interne (en 1874), rapporté de ses études dans le Nord de l'Europe les heureux résultats de l'antisepsie employée dans les maternités de ces pays, il est juste de rapporter à l'enseignement de Pasteur et à l'antisepsie chirurgicale formulée par lui, la constitution de l'*antisepsie puerpérale*.

La femme en couches n'est qu'une opérée : dès 1838, J. P. Tessier l'avait établi dans son mémoire sur la *Diathèse purulente*, publié dans le journal l'*Expérience*; et Trousseau répéta la même chose vingt ans plus tard à l'Académie de Médecine. Plusieurs années après, à propos d'une discussion sur les causes de la fièvre puerpérale, Pasteur intervint avec cette autorité incontestable, qu'il tirait de la connaissance expérimentale des faits. On discutait, ou plutôt on divaguait sur les causes possibles de la fièvre puerpérale. Pasteur interrompt de sa place : « Ce qui cause l'épidémie, ce n'est rien de tout cela, c'est le médecin et son personnel qui transportent le microbe d'une femme malade à une femme saine » et comme l'orateur répondait qu'il craignait qu'on ne trouvât jamais le microbe, Pasteur s'élance au tableau noir, dessine des *streptocoques en chaînettes* et dit : « Tenez, voilà sa figure. » Cette affirmation si nette et si autorisée, cette lumineuse solution d'un problème qui paraissait insoluble, a quelque chose d'impressionnant, comme tout ce qui porte l'empreinte du génie. La question fut et resta résolue.

C'est au cours des expériences sur les maladies microbiennes que Pasteur découvrit les *propriétés immunisantes et curatives* de cultures *atténuées* donnant ainsi à la thérapeutique des agents nouveaux d'une incalculable efficacité.

Voici l'histoire de cette découverte. Pasteur ayant trouvé et isolé le microbe pathogène du *choléra des poules* et déterminé un bouillon de culture approprié à la vie de ce microbe, transmettait à coup sûr la maladie, non seulement aux poules mais aux animaux qui, comme le lapin, étaient sensibles à ce microbe. Au milieu de ces travaux « *un hasard*, comme il y en a pour ceux qui ont le génie de l'observation, devait bientôt marquer un immense progrès et préparer une grande découverte » (1). Pasteur ayant inoculé des poules avec une *culture vieilles de plusieurs semaines*, fut très surpris de voir que les poules inoculées étaient malades, mais ne succombaient pas. Il eut alors la pensée d'inoculer ces mêmes poules avec une culture jeune, active et assurément mortelle; les poules résistèrent: l'immunisation à l'aide de cultures atténuées par le vieillissement était trouvée.

Pasteur rapprocha ce fait considérable de la découverte du vaccin par Jenner, et arriva ainsi à formuler cette grande découverte de l'immunisation et de la guérison des maladies par les cultures atténuées du microbe pathogène qui les produit. Il vérifia sur d'autres microbes ce qu'il avait trouvé pour le choléra des poules. La découverte de l'immunisation de la rage eut un retentissement considérable. Ses élèves continuèrent dans cette voie et les sérum du tétanos, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde,

(1) *Vie de Pasteur*, par Vallery-Radot, p. 427.

de la peste, etc., vinrent prouver la fécondité de la doctrine. On varia beaucoup les modes d'atténuation des microbes et de leurs cultures, le vieillissement, l'adjonction d'iode, le lieu de l'inoculation, la quantité infinitésimale, puis croissante inoculée, les effets de la lumière, de l'électricité, du calorique, furent les principaux moyens employés. Puis, une nouvelle méthode fut inventée, c'est celle qui consiste à employer pour la sérumthérapie le sérum d'animaux immunisés; mais, toutes ces grandes découvertes découlent de la première expérience sur le choléra des poules, toutes se résument en un seul principe : l'atténuation de la virulence du microbe pathogène de la maladie à guérir. En dehors de ces vérités expérimentales, tout n'est qu'hypothèses et explications vaines.

L'œuvre thérapeutique de Pasteur repose donc sur deux principes : *traiter une maladie infectieuse par le microbe qui lui a donné naissance*, voilà le premier principe; *employer ce microbe à dose atténuée*, voici le second.

Il ne faudrait point objecter que la plupart des sérums thérapeutiques sont empruntés non au microbe lui-même, mais au sérum d'un animal immunisé par ce microbe; car quelle que soit la théorie qu'on admette pour expliquer l'action curative du sérum d'animaux immunisés; antitoxine, toxine atténuée, substance nouvelle produite par l'organisme à l'aide du microbe ou de sa toxine, c'est toujours le microbe pathogène qui est le point de départ de l'agent thérapeutique qu'il soit employé directement comme dans la rage et le tétanos ou qu'il soit employé indirectement et remplacé par une substance élaborée chez l'animal immunisé par ce microbe.

Examinant ces faits à la clarté des doctrines thérapeu-

tiques formulées par Hippocrate, nous trouvons qu'ils sont régis par la loi des semblables : ce qui produit la strangurie chez l'homme sain, la guérit chez l'homme malade, a dit Hippocrate ; ce qui produit la rage guérit la rage, ce qui produit la diphtérie guérit la diphtérie dit Pasteur. Et Pasteur, comme Hippocrate, peut donner comme formule de la loi des indications *Similia similibus curantur*.

L'atténuation des virus est une nécessité des immunisations et de la thérapeutique pasteurienne ; une culture très virulente tuerait le malade au lieu de l'immuniser ou de le guérir.

Cette atténuation des microbes pathogènes et de leurs produits répond à l'atténuation des médicaments proposés par Hahnemann, ces deux méthodes sont nées de la même pensée : éviter les dangers et les aggravations des substances trop actives.

Devant ces caractères de la thérapeutique pasteurienne, on se demande comment Pasteur, qui très probablement ignorait Hippocrate et Hahnemann, est arrivé aux mêmes conclusions thérapeutiques que ces deux grands hommes. L'histoire, citée plus haut, du choléra des poules est la réponse à cette question ; et elle nous fait comprendre comment Pasteur guidé par l'expérimentation, est arrivé à reproduire une formule thérapeutique qu'Hippocrate tenait probablement de la tradition. Nous n'avons pas besoin de cet exemple pour savoir que plusieurs voies mènent à la vérité, mais nous savons aussi que plus les démonstrations d'une vérité sont nombreuses et concordantes, plus aussi cette vérité est inattaquable.

Hippocrate a posé la doctrine thérapeutique, Hahnemann a rendu possible l'application de la loi des semblables par l'étude du médicament sur l'homme sain et l'atténua-

tion des doses; et Pasteur est venu apporter à l'appui de cette thérapeutique encore hésitante et contestée l'argument inattaquable de la science de laboratoire.

Nous avons terminé! La constitution de la thérapeutique telle que nous venons de l'exposer est complète. Elle s'appuie sur une doctrine *natura medicatrix*, elle admet deux lois d'indication: la loi des contraires et la loi des semblables; sa matière médicale est positive; et en posologie, elle a pour formule *omni dosi*.

Non seulement cette thérapeutique est complète, mais elle s'appuie entièrement sur l'expérience et l'observation.

La doctrine qui lui sert de base *natura medicatrix* repose sur l'observation des malades. Toutes les maladies curables, si graves qu'elles soient, peuvent guérir spontanément. Il existe donc dans l'organisme une tendance naturelle à la guérison; *natura medicatrix*.

Les deux lois d'indication ne relèvent d'aucune hypothèse.

La loi des contraires s'adresse à la médication prophylactique, à la médication des empoisonnements et à la médication palliative.

La loi des contraires, dans la prophylaxie, suppose connues les conditions du développement de la maladie et l'action des médicaments sur ces conditions, pour les empoisonnements. elle exige la connaissance des poisons et les propriétés antidotaux des médicaments; pour la médication palliative, elle suppose connues les propriétés médicamenteuses opposées aux symptômes qu'il faut supprimer.

Donc dans tout le domaine de l'application de la loi des contraires, ainsi comprise, nulle hypothèse, nul système; mais la connaissance de l'étiologie, des symptômes morbides et des actions médicamenteuses sur l'homme sain.

La loi des semblables n'a besoin pour son application que de la connaissance des maladies et de celle des actions des médicaments sur l'homme sain.

Quant à la matière médicale, depuis Hahnemann et les travaux des pharmacodynamistes modernes, elle repose à la fois, et sur les expérimentations faites sur l'homme sain, et sur l'histoire des empoisonnements. Il n'y a donc encore ici ni hypothèse, ni système.

Nous avons vu que la posologie acceptait l'administration des médicaments à *toute dose* ! Les doses fortes sont évidemment nécessaires pour assurer l'asepsie chirurgicale en tuant le microbe pathogène des accidents infectieux ; les doses fortes sont encore nécessaires, quand il s'agit d'antidoter un poison ou de faire disparaître un symptôme pénible ou douloureux.

Mais quand il s'agit d'appliquer la loi des semblables, une dose forte, qu'il s'agisse d'un médicament ou d'une toxine, peut produire une aggravation dangereuse. La dose sera donc petite, mais suffisante ; et la clinique seule a le droit de fixer la quantité de médicament suffisante et nécessaire.

La thérapeutique que nous venons d'exposer est la seule qui soit scientifique. En dehors des principes qui la constituent, nous ne connaissons que des sectes : secte allopathique, secte homœopathique (expressions qui doivent disparaître).

Sectaires sont les allopathes galénistes qui croient pouvoir détruire une maladie en s'attaquant à sa cause, et ne pratiquent ainsi que la pire des thérapeutiques, la thérapeutique des symptômes qui n'acceptent qu'une loi d'indication : la loi des contraires.

Sectaires aussi les homœopathes intransigeants, qui n'acceptent que la loi des semblables, et méconnaissent la grandeur et l'utilité de la loi des contraires appliquée à la chirurgie, à la prophylaxie et à la médication palliative.

Qu'on nous permette, en terminant, de faire ressortir tous les avantages de la constitution de la thérapeutique telle que nous venons de l'exposer.

Avec les deux lois : *contraria contrariis* et *similia similibus* et une matière médicale expérimentale, la thérapeutique obtient le degré de certitude que comporte les sciences expérimentales. Suivant l'expression juste du professeur Bouchard : *nous savons ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons.*

Avec la loi des contraires nous savons ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons : quand nous appliquons les règles de l'*asepsie chirurgicale*; quand nous ouvrons un abcès; quand nous lions une artère, etc. Nous savons encore ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons quand nous appliquons la loi des contraires à la médication palliative : Eau froide à l'hyperthermie, purgatif à la constipation; chloral à l'insomnie, morphine à la douleur, etc., etc.

Avec la loi des semblables nous savons encore ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons quand nous traitons la néphrite par la cantharide qui produit la néphrite; l'asthme par l'ipéca, qui donne l'asthme; la rage, le tétanos, ou la diphtérie par les microbes ou les toxines qui donnent ces maladies.

Mais dans la thérapeutique galéniste, en dehors de la chirurgie et de la médication palliative, où le médecin est guidé par la loi des contraires; en dehors de la sérumthérapie qui découle de la loi des semblables, le médecin ne sait plus ce qu'il fait ni pourquoi il le fait.

Cette constitution de la thérapeutique que nous présentons aujourd'hui à nos confrères n'est ni celle d'une coterie, ni celle d'un groupe particulier. Dans le passé, elle remonte à Hippocrate ; c'est la thérapeutique traditionnelle, dans le présent, elle s'appuie sur les découvertes pasteurienues ; dans l'avenir elle ralliera sans distinction tous les médecins qui s'honorent d'appartenir à la méthode expérimentale.

Que deviendra cet appel que j'adresse à tous mes confrères. Sera-t-il entendu ? Et quand ? J'ai atteint un âge où la réponse à ces deux questions ne saurait me troubler.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE MÉDICALE

ANGINE BLANCHE NON DIPHTÉRITIQUE ET SÉRUM ANTIDIPHTÉRITIQUE (1).

Le samedi 22 février, j'étais appelé auprès de Mlle D..., 18 ans, de bonne santé, qui avait depuis la nuit précédente une fièvre assez violente (39.2 le matin et 39.4 le soir). Elle souffrait de la gorge et je trouvais sur les deux amygdales trois à quatre petites plaques blanchâtres peu épaisses ; la déglutition était difficile et douloureuse. Bellad. (1/10) et cyanure de merc. (3^e trit.) alternés.

Le lendemain, 23 février, le matin, je trouvais l'état de la gorge plus mauvais ; tous les points de la veille s'étaient

(1) Ces observations ont été communiquées à la Société Française d'Homœopathie.

réunis et formaient sur chaque amygdale une plaque irrégulière, assez épaisse, la température était de 39°.

Comme je devais partir voir un malade à Rouen et que je ne devais revoir la malade que le lendemain matin, voyant combien les fausses membranes avaient augmenté, je fis une injection de 5 centimètres cubes de sérum de Roux, et j'envoyais un morceau de la fausse membrane à examiner. On continua les deux potions.

Le 24, au matin, je trouvai l'état tout différent, la gorge était presque complètement nettoyée et il ne restait que des traces des fausses membranes. Et cependant l'examen bactériologique, que nous connûmes dans la soirée, ne signalait que des streptocoques et des staphylocoques; il n'y avait aucune colonie de bacille de Loeffler.

La sœur de la malade me dit que l'effet de l'injection avait été très rapide et que, trois heures après, on commençait à voir la fausse membrane se détacher; du reste la fièvre était tombée; la veille au soir le thermomètre ne donnait que 38°,2 et ce matin 37,6.

Les jours suivants la convalescence s'établit rapidement, malgré l'apparition d'un peu d'albumine dans les urines; cette albumine avait complètement disparu huit jours après.

RHEUM (T. M.) DANS LA DIARRHÉE CHRONIQUE.

Mme R..., Américaine, me fait venir à mon retour le 22 septembre dernier pour me montrer son petit garçon de quinze mois, que je soigne depuis l'année dernière.

Pendant un voyage aux Etats-Unis, cet enfant a été pris de diarrhée et depuis le commencement d'août malgré le régime approprié, malgré divers médicaments donnés

par la mère; vératrum 6^o; puis Bismuth à dose allopathique le dérangement persiste.

Une selle très mal digérée, verdâtre, de mauvaise odeur le matin au lit vers 6 heures, puis quelquefois une seconde selle dans la matinée.

L'enfant reste gai, mais a maigri et pâli.

Podophyl (30), china (1/10), arsenic (3 trit.) et solubilis (3 trit.). Ce dernier médicament donné à cause de l'apparition de quelques glaires dans les selles n'ayant produit aucun résultat, je donne le 15 octobre Rheum (T M) X gouttes trois fois par jour. Dès le troisième jour de ce médicament les selles étaient formées et depuis lors sa diarrhée n'a pas reparu.

Ce médicament me paraît très utile et d'une action sûre dans les diarrhées qui ont une tendance à passer à l'état chronique chez les enfants.

CAFÉINE DANS LES DOULEURS NOCTURNES

M. V..., 55 ans, douleurs très vives dans l'épaule droite, s'étendant du bras à la main, et plus fortes la nuit ayant débuté à la fin du mois d'août. Mme V... est une personne sujette aux douleurs rhumatismales.

Le 26 septembre, je lui envoie 8 paquets de rhus tox (1^{re} trit. déc.) et 8 d'ignatia (1^{re} trit. déc.), à prendre un jour l'un, un jour l'autre.

Le 12 octobre, elle m'écrit qu'elle souffre un peu moins le jour, mais que ses nuits sont extrêmement mauvaises rhus tox. (1^{re} trit. déc.) et caféine (mixte), 0,20 de chaque.

Le 4 novembre, elle m'écrit : « Un grand mieux s'est manifesté; des nuits entières sont sans douleurs et si elles reviennent parfois encore, surtout aux changements de

temps, elles sont atténuées ». Je renvoie une nouvelle série de rhus et de caféine.

Je voudrais rappeler ici l'emploi de la *caféine dans les douleurs nocturnes*. J'avait fait une communication sur ce sujet au Congrès international d'homœopathie de 1889. Depuis je me suis plusieurs fois trouvé bien de l'emploi de la caféine surtout dans les sciaticques avec exacerbation nocturnes.

La dose que j'ai donnée dans cette dernière observation est de 0,20 de la trituration mixte, c'est-à-dire parties égales de caféine et de sucre de lait, ce qui nous donne 0,10 de caféine tous les deux jours.

D^r MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

TÉTANOS COMMUNIQUÉ PAR LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

C'est à Saint-Louis (États-Unis) que s'est produite la catastrophe dont nous rendons compte. Vingt malades soumis aux injections de sérum antidiphtérique ont été pris de tétanos et dix sont morts.

Le bactériologiste chargé de la production du sérum antidiphtérique explique que le sérum qui a donné le tétanos provenait d'un cheval qui depuis deux ans, fournissait le sérum antidiphtérique.

Ce serait le sérum provenant d'une saignée pratiquée le 24 août qui aurait causé les accidents et cependant le tétanos n'aurait été reconnu chez le cheval que le 2 octobre.

M. Ravold, le bactériologiste officiel, émet l'opinion

que le cheval devait être atteint d'un tétanos latent depuis le 24 août.

L'incubation a donc été de six semaines!!

M. Ravold ajoute que les chevaux qui servent à la préparation du sérum antidiphthéritique sont particulièrement sensibles à l'infection tétanique. Car, depuis 1895, il a vu six chevaux mourir du tétanos.

Nous ne croyons pas qu'il en soit de même en France, mais nous avons publié ce fait pour stimuler la vigilance et les précautions (*Journal de médecine de Paris*, 2 mars).

D^r P. J.

ACTION DE LA LUMIÈRE SOLAIRE ET DE LA LUMIÈRE DIFFUSE SUR LES CRACHATS TUBERCULEUX.

Dans un travail présenté à la Société de biologie le 27 octobre 1900, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1° Qu'on n'est jamais sûr qu'un crachat tuberculeux est stérilisé après son exposition, jusqu'à dessiccation complète, soit à la lumière solaire, soit à la lumière diffuse.

2° Que dans un certain nombre de cas, le crachat est complètement stérilisé, et que toujours il est fort atténué, puisque la santé apparente est conservée, le poids habituellement augmente et la survie est considérable, et qu'on ne rencontre le bacille de Koch que dans le ganglion d'inoculation.

Nous avons poursuivi nos expériences dans le dessein de savoir quelle était la durée nécessaire de l'action de la lumière pour stériliser absolument les crachats tuberculeux.

Prenant 4 lots de cobayes, nous avons injecté au premier des crachats exposés à la lumière directe du soleil pendant vingt-quatre heures; au second des crachats ayant subi pendant vingt-quatre heures la lumière diffuse; le 3^e reçut des crachats ayant séjourné quarante-huit heures à la lumière solaire et le 4^e des crachats influencés pendant le même temps par la lumière diffuse.

Le n° 1 (24 heures soleil) du premier lot a vécu sept mois; il n'a présenté de fièvre que dans les quinze derniers jours. Son poids de 410 grammes au début était de 480 à la mort; il avait été de 635 six mois après l'injection. Pas de ganglion d'inoculation; foie granuleux, rate hypertrophiée contenant des bacilles de Koch.

Le n° 2 (24 heures soleil) n'a présenté aucune réaction thermique. Son poids 405 grammes au début de l'expérience était de 760 grammes quand on le tua onze mois après l'inoculation. A l'autopsie tous les organes sont sains, la rate est normale, il n'y a pas de ganglions d'inoculation et on ne trouve pas les bacilles de Koch.

Le n° 1 du 2^e lot (lumière diffuse) est mort après trois mois. Le poids de 660 grammes au début était à la fin de 540 grammes. Ce cobaye n'a pas eu de courbe thermique très élevée, cependant il atteignit 40 à plusieurs reprises. L'autopsie nous montre des granulations tuberculeuses dans tous les organes et spécialement dans la rate; on recèle le bacille de Koch dans le ganglion d'inoculation.

Le n° 2 mort, après sept mois, a présenté plusieurs accès de fièvre; après avoir augmenté de poids et être passé de 595 à 680 et 700 grammes il ne pesait plus que 475 gr. à la mort. L'examen des organes révèle la présence de granulations tuberculeuses, la rate est hypertrophiée, les bacilles de Koch sont nombreux.

Le n° 1 du 3° lot (lumière solaire 48 heures) a vécu de la façon la plus normale pendant huit mois, sans trace de fièvre et avec une augmentation de poids de moitié (315 à 630 gr.). A l'autopsie tous les organes sont parfaitement sains. On ne trouve pas de bacille de Koch.

Le n° 2 (lumière solaire), qui semblait se porter très bien, fut pris le quatrième mois d'un mouvement fébrile dépassant 40° et mourut eu bout du cinquième mois, mais l'autopsie nous montra un vaste abcès putride à streptocoques et pas de lésion tuberculeuse et même une rate normale. Il est donc mort de septicémie et non de tuberculose.

Le n° 1 (lumière diffuse 48 heures) du 3° groupe, sacrifié après onze mois, jouissait d'une parfaite santé, était arrivé de 625 grammes à 965.

L'autopsie nous offre des organes absolument normaux, pas de traces de granulations ni de bacilles de Koch. Pas de ganglion d'inoculation.

Le n° 2 s'est comporté de la même façon et est indemne de tuberculose ainsi que le démontre l'autopsie faite après onze mois.

Les cobayes témoins ont tous présenté un mouvement fébrile, diminution de poids et des lésions tuberculeuses à l'autopsie, trois mois environ après l'inoculation.

Conclusions : 1° L'exposition d'expectoration tuberculeuse à la lumière diffuse ou à la lumière solaire pendant quarante-huit heures est nécessaire et suffisante pour la stérilisation complète; 2° la lumière diffuse et solaire sont des agents énergiques et certains de désinfection, pour le bacille tuberculeux; 3° les cultures pures de tuberculose doivent être conservés à l'abri de la lumière si on veut éviter leur altération.

D' P. JOUSSET.

PATHOLOGIE INTERNE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR DES CULTURES FILTRÉES DE BACILLES DE KOCH.

M. Denis (de Louvain) traite la tuberculose par des injections sous-cutanées d'une culture virulente de bacilles de Koch, filtrée sur bougie de porcelaine. La dose est de un décimilligramme (0,001).

Cette injection détermine parfois une réaction fébrile analogue à celle provoquée par la tuberculine brute et même, si on exagère les doses, elle peut amener des accidents.

Ces injections doivent être séparées par un certain nombre de jours de repos que l'auteur n'indique pas.

Les doses sont graduellement augmentées ou diminuées suivant les effets produits.

Ce traitement est surtout applicable à la tuberculose au 1^{er} et au 2^e degré. L'auteur cite à l'appui 42 cas de guérison complète.

Nous n'avons pas cru pouvoir nous dispenser de citer ce travail communiqué à une assemblée aussi sérieuse que l'Académie de Bruxelles, mais nous nous réservons de faire quelques observations. La première — et que M. Denis veuille bien ne pas s'en offenser — c'est que des observations de guérison n'ont jamais constitué une démonstration pour les médecins qui n'ont pu contrôler ni le diagnostic ni la terminaison de la maladie. Les preuves cliniques peuvent compléter une démonstration, mais

constituent par elles-mêmes un argument absolument caduque.

Au lieu de 42 phtisiques guéris, que M. Denis nous présente un seul cobaye rendu tuberculeux par inoculation de culture pure et guéri par les injections de culture filtrée et il aura trouvé le traitement efficace de la phtisie.

Pourquoi cela ?

Parce que, dans ce cas particulier, le ganglion d'inoculation, l'amaigrissement, le mouvement fébrile et les autres symptômes présentés par le cobaye inoculé ne permettent aucun doute sur le diagnostic.

J'ajoute que l'autopsie de l'animal rendra sa guérison non moins incontestable.

Enfin, cette expérience a cet avantage immense de pouvoir être répétée dans tous les laboratoires du monde et six semaines suffiront pour établir l'efficacité ou la non efficacité des cultures filtrées dans le traitement de la phtisie.

Ici, j'ouvre une parenthèse. Pourquoi M. Denis parle-t-il de phtisiques au 1^{er} ou au 2^e degré ? Ces désignations empruntées à l'ancien organicisme représentent des erreurs cliniques. Quel praticien ignore qu'un tuberculeux fébricitant, n'eût-il que quelques granulations au sommet d'un poumon (1^{er} degré) est un malade au-dessus des ressources de l'art et qu'un phtisique sans fièvre, son poumon fût-il creusé d'énormes cavernes, est un malade absolument curable ? Laissons donc de côté ces dénominations à l'usage d'une secte qui n'existe plus et quand nous parlons des phtisiques, parlons-en en cliniciens et non en anatomo-pathologistes. Disons phtisie fébrile et phtisie apyrétique.

Encore une remarque.

Il y a plusieurs années, j'ai voulu essayer les cultures pures du bacille de Koch après filtrage dans la bougie de

porcelaine et j'ai été arrêté dans mes expériences parce que j'ai constaté que la bougie de porcelaine laissait passer parfois le bacille de Koch ; et qu'en expérimentant ces cultures filtrées sur le cobaye, j'ai quelquefois déterminé une véritable inoculation tuberculeuse. M. Denis devrait indiquer quelles précautions il a prises contre un aussi grave inconvénient.

D^r P. JOUSSET.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

LE CHLOROFORME ET L'ÉTHÉR

M. Huchard a porté à la tribune académique la question des contre-indications du chloroforme chez les cardiaques. A ce propos, la question s'est fort étendue et la Société de chirurgie, en particulier, a discuté à nouveau cette question si dramatique de la mort par le chloroforme pendant l'anesthésie chirurgicale.

Nous allons résumer ces discussions pour nos lecteurs.

La mort causée par le chloroforme au cours de l'anesthésie chirurgicale est, je le veux bien, un fait très rare, mais il dépasse cependant plusieurs centaines de cas et quoique la proportion soit petite en regard des milliers d'opérations pratiquées sous cet anesthésique, la mort est tellement rapide et inattendue qu'elle revêt un caractère particulièrement douloureux.

Nous croyons inutile de rappeler et de discuter les différentes théories données par les physiologistes sur la mort par le chloroforme. Nous nous contenterons de remarquer que les centres cardiaque et respiratoire sont sidérés par

le poison chloroformique et que la mort qui en résulte, rapide comme la syncope, ne présente aucun des symptômes et aucune des lésions de la mort par asphyxie.

Nous croyons pouvoir résumer les travaux physiologiques en disant que le chloroforme supprime les fonctions de la cellule nerveuse, en commençant par celles des circonvolutions et en finissant par le bulbe. Qu'habituellement il s'agit d'une simple suspension des fonctions mais que, dans l'autre cas, l'abolition est complète, irrémédiable.

Résumant aussi toutes les mesures qu'on a proposées pour éviter la mort sous le chloroforme, nous dirons : Le chloroforme sera administré parcimonieusement et goutte à goutte. Le liquide anesthésique sera pur, nouvellement préparé; la syncope étant le mécanisme habituel de la mort par chloroforme, le patient sera dans la position horizontale ou mieux sur un lit qui place le malade la tête plus basse que les pieds. La respiration et la circulation seront constamment surveillées. La langue sera maintenue hors de la bouche par une pince.

L'état gras du cœur, la symphyse cardiaque sont des contre-indications de l'anesthésie.

Toutes précautions seront minutieusement prises et cependant il y aura encore des morts parce que le chloroforme est un poison du système nerveux et que nous n'avons aucun moyen qui puisse nous servir à en mesurer la dose.

M. Poncet, professeur à l'école de Lyon, a soutenu à l'Académie de Médecine la cause de l'éther. D'après lui, « l'éther ne donne jamais lieu à la syncope primitive ou laryngo-réflexe du début, si soudainement mortelle et relativement fréquente avec le chloroforme ».

;

M. Poncet ajoute : « Sur 29.000 étherisations, je compte un mort chez un enfant à l'autopsie duquel nous avons trouvé de vieilles lésions cardiaques plus accusées du côté des orifices. » (*Gazette des hôpitaux*, 6 mars 1902.)

Julliard, de Gurlt, produit une statistique portant sur 100.000 cas donnant un mort sur 3.000 chloroformisations et un mort sur 14.000 étherisations.

Hawoard, de Boston, dit qu'il n'a jamais vu ni entendu citer un exemple authentique de mort subite pendant l'administration de l'éther. (*Dict. des Sciences Médicales* tome IV, page 466).

Si donc il est prouvé que l'éther ne produise point ces morts si dramatiques dues au chloroforme, si d'un autre côté des statistiques reposant sur des milliers de faits démontrent que la mort est bien plus rare par l'éther que par le chloroforme, pourquoi l'éther n'est-il pas le seul anesthésique employé en chirurgie?

En réponse à cette question, examinons les inconvénients que les partisans du chloroforme reprochent à l'éther.

L'éther serait d'une administration plus difficile en même temps que son action serait plus lente et moins complète ; l'éther serait plus désagréable à respirer que le chloroforme et, argument capital, il déterminerait des bronchites et des pneumonies suivies de mort dans les jours qui suivent l'éthérisation.

Les deux premières objections, disons-le tout de suite, ne valent pas la vie d'un homme. La dernière a certainement plus de valeur, mais il faut écouter maintenant les défenseurs de l'éthérisation.

Bronchite et pneumonie consécutives à l'éthérisation. — C'est Lucas Championnière qui a prétendu que les éthéri-

sés étaient emportés dans les premiers jours qui suivaient l'anesthésie par des complications pulmonaires dans une proportion telle que l'équilibre se trouvait rétabli en tant que mortalité entre le chloroforme et l'éther.

A cette assertion, M. Poncet, dans son discours à l'Académie, a fait une réponse qui nous semble péremptoire.

Il constate d'abord que l'éther n'occasionne pas ces morts brutales et foudroyantes dues au chloroforme ; ce qui constitue un avantage considérable en faveur de l'éther. M. Poncet ajoute qu'en dépouillant les 4.000 cas d'éthérisation qu'il a eus depuis six ans, il a observé que les seuls malades atteints de broncho-pneumonie post-opératoire étaient tous par avance atteints d'une infection quelconque. Mais quant aux opérés dont la santé générale était en équilibre, aucun d'eux n'a été atteint. En sorte qu'il serait plus juste de dire pneumonie d'opération plutôt que pneumonie d'éthérisation.

M. Poncet cite ensuite des expériences chez les animaux dans lesquelles l'éthérisation poussée jusqu'à la mort n'a jamais déterminé ni bronchite, ni pneumonie.

Quittant la défense pour prendre l'offensive, M. Poncet soutient que la chloroformisation est aussi, elle, très souvent suivie de bronchite et de pneumonie, mais qu'il ne connaît pas de statistique établissant si ces lésions pulmonaires sont plus fréquentes avec le chloroforme ou avec l'éther.

En résumé, l'accusation portée contre l'éthérisation de déterminer plus fréquemment que le chloroforme des bronchites et des pneumonies n'est point établie et dans tous les cas nous devons retenir en faveur de l'éthérisation que cet anesthésique ne produit pas ces syncopes subites qui dramatisent à un si haut degré la mort par le chloroforme.

Maurice Perrin, auteur d'un traité d'anesthésie chirur-

gicale, défend avec une partialité évidente, dans le Dictionnaire des sciences médicales, la cause du chloroforme contre l'éther. Après avoir dit que l'éther est moins souvent pur que le chloroforme, qu'il produit une anesthésie beaucoup plus lente à s'établir, et bien moins profonde qu'avec le chloroforme, il reconnaît, quelques pages plus loin, qu'à Lyon où l'éthérisation est très bien appliquée, « on obtient une anesthésie aussi complète, aussi profonde, aussi prolongée qu'avec le chloroforme ».

Quant aux difficultés d'administrer l'éther, il faut bien qu'elle ne soit pas très grande, puisque bon nombre de chirurgiens ne pratiquent que l'éthérisation.

En résumé, il semble acquis que la mort sur la table d'opération, accident encore assez fréquent avec le chloroforme, est pour ainsi dire inconnue à Lyon où l'éthérisation est appliquée depuis de longues années. Les objections tirées des accidents consécutifs causés par l'éther sont peu fondées; celles tirées de certaines difficultés de l'administration de l'éther sont d'un bien faible poids auprès des dangers de mort subite due au chloroforme.

Sans vouloir juger définitivement ce débat, ce qui serait au-dessus de notre compétence, nous croyons pouvoir dire aux chirurgiens parisiens qu'il est de leur devoir d'étudier la question.

D^r P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. UN CAS D'ENDOCARDITE GRIPPALE. --- II. INVAGINATION INTESTINALE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE MOIS ET DEMI; OPÉRATION; GUÉRISON. — III. RÉTRÉCISSEMENT DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE. — IV. CÉPHALÉE SYPHILITIQUE ET PONCTION LOMBAIRE. — V. SUR UN CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC PHÉNOMÈNES MÉNINGÉS. PONCTION LOMBAIRE. CYTODIAGNOSTIC NÉGATIF. — VI. MÉNINGITE AIGUE. GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE MALGRE L'ABSENCE D'ANTÉCEDENTS ET DE STIGMATES SYPHILITIQUES. — VII. LE LACTATE DE MERCURE; SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

I

(*Séance du 31 janvier*). — M. GALLIARD publie une observation de grippe à forme gastro-intestinale, pendant laquelle s'est développée sous ses yeux une endocardite aiguë siégeant à l'orifice mitral. La seule importance de cette observation est de démontrer que les endocardites mitrales et par conséquent les lésions mitrales consécutives peuvent se développer sous l'influence de la grippe.

II

M. MOUTARD-MARTIN relate un fait très intéressant d'*invagination intestinale chez un enfant de quatre mois et demi*, guérie par opération.

Il était appelé le 22 décembre près d'un petit garçon de quatre mois et demi, très robuste, d'une très bonne santé antérieure, qui était mal entrain depuis quelques heures et vomissait.

Le 23, situation analogue ; le ventre paraît normal ; il n'y avait pas de fièvre ; les vomissements continuaient ; l'enfant avait des selles en quantité moindre ; sur le bord de la partie mouillée de la dernière couche, il y avait un liséré de couleur rougeâtre qui paraissait dû à une petite quantité de sang.

Le 24, mauvaise nuit, toutes les tétées ont été vomies, sauf une ; une couche est nettement teinte de sang.

Le 25, fièvre légère ; à l'examen du ventre, on peut constater à gauche, à l'union de l'hypochondre et de la fosse iliaque, une tumeur dure, d'un volume d'une grosse noix. Diagnostic d'obstruction intestinale, confirmé dans la soirée par une consultation avec M. Sevestre. Le toucher rectal fait connaître la présence de l'extrémité inférieure d'une invagination. Un chirurgien est appelé par la famille, et le 26 au soir, cinq jours après le début des accidents, laparotomie et réduction de l'invagination : les parties invaginées se composaient du colon ascendant, du cæcum avec son appendice et la valvule iléo-cæcale et environ 4 centimètres de l'intestin grêle.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes et l'enfant guérit.

III

(*Séance du 14 février*). — M. LAUNOIS présente à la Société un jeune homme qu'il a dans son service et qui est atteint d'une dilatation permanente plus ou moins marquée des veines superficielles du tronc (abdomen et

thorax). En outre, s'il exécute des efforts, pendant la flexion de la partie supérieure du corps, il présente un état cyanotique de toute la portion céphalique et une dilatation passagère des veines thoraciques.

A la région antérieure de l'abdomen, on voit des veines sous-cutanées partant de l'épigastre à droite et à gauche de la ligne médiane pour se diriger obliquement vers le milieu de la région inguinale où elles disparaissent ; ces troncs présentent des sinuosités et sont comme variqueux.

Au thorax, principalement au niveau du sternum, existent des dilatations veineuses.

Dans toutes ces veines, le sang se dirige de haut en bas.

Dans la station debout ou assise, surtout après la marche ou pendant la digestion, on constate une légère saillie des veines superficielles du cou et de la tête.

Après avoir fait rester un moment le malade la tête et la partie supérieure du tronc fléchie, on note un état cyanotique de la tête et du cou.

Ces symptômes ne peuvent être en rapport qu'avec une diminution de calibre de la veine cave supérieure.

Il n'y a rien qui puisse faire penser à la compression de la veine par un anévrysme de l'aorte, ou une hypertrophie du thymus.

D'un autre côté, la veine cave supérieure peut être le siège d'une thrombose (mémoire d'Oulmont à la Société médicale d'observation en 1856.)

Le malade a eu la fièvre typhoïde à l'âge de dix ans et en 1899 une piqûre septique à l'index de la main droite ayant amené un panaris grave. Comme c'est en octobre 1899, après une convalescence assez longue, que le malade commença à remarquer la cyanose de la face, il est possible de penser à une thrombose consécutive au

panaris. M. Barié, Le Gendre, Klippel et Lamy qui ont examiné le malade ont été du même avis.

IV

La céphalée syphilitique et la ponction lombaire donnent lieu trois communications consécutives :

MM. MILIAN, CROUZON et PARIS ont pratiqué, dans le service du professeur Fournier, la ponction lombaire chez huit syphilitiques atteints de céphalée.

Chez deux d'entre eux (syphilitiques depuis un an et deux ans et demi) le liquide céphalo-rachidien renfermait des éléments figurés abondants : leucocytes (polynucléaires et surtout lymphocytes), cellules endothéliales.

L'examen bactériologique a été négatif. Il y avait hypertension du liquide. La céphalée a été soulagée temporairement par la ponction.

Ces deux malades paraissent prédisposés au tabès ou à la paralysie générale, suivant l'opinion des auteurs de la communication, bien qu'ils n'aient relevé aucun autre signe méningitique.

M. WIDAL rappelle que MM. Babinski et Nageotte ont constaté une lymphocytose très nette chez quatre syphilitiques, chez lesquels le signe d'Argyll-Robertson était le seul symptôme de syphilis nerveuse. M. Widal a constaté le même fait dans un cas d'hémiplégie syphilitique, avec céphalée intense, développée au troisième mois de l'infection; ainsi que dans un cas de méningite syphilitique confirmée à l'autopsie.

Mais il conteste que dans tous les cas de céphalée syphilitique il en soit de même; il a plusieurs fois constaté le contraire.

MM. PIERRE MARIE et GUILLAIN ont observé à Bicêtre un jeune homme de vingt-cinq ans entré avec les signes typiques d'une syphilis secondaire (roséole, adénopathie, angine, anémie profonde). Il existait une céphalée persistante qui devint très violente.

La ponction lombaire donna issue à du liquide céphalo-rachidien contenant quelques très rares lymphocytes et quelques leucocytes polynucléaires.

Le liquide s'était écoulé avec une certaine vitesse, ce qui indiquait de l'hypertension.

Cette ponction eut un résultat très favorable et trois heures après le malade manifestait une grande satisfaction.

V

(*Séance du 21 février*). — M. CH. DOPTEY a eu l'occasion au mois d'août dernier, d'observer un jeune soldat, courbaturé depuis quelques jours, entrant à l'hôpital avec une céphalée occipitale très vive, exacerbée par le moindre mouvement; raideur de la nuque, douleur rachialgique, vomissements, ébauche du signe de Kernig. L'abdomen était un peu ballonné, il existait depuis huit jours des alternatives de constipation et de diarrhée; le pouls était lent (60) malgré une température de 38.2. Le séro-diagnostic était négatif.

La ponction lombaire, faite le jour même, donna issue à un liquide céphalo-rachidien absolument limpide, mais sortant sous une forte pression.

Le cytodiagnostics fut négatif.

Cette ponction amena un grand bien-être chez le malade.

Les jours suivants les signes classiques de la fièvre typhoïde s'établirent. Le séro-diagnostic devint positif.

VI

MM. WIDAL et LE SOURD rapportent une observation de *méningite aiguë guérie par le traitement antisypilitique malgré l'absence d'antécédents et des stigmates syphilitiques*.

Il s'agit d'un homme, de 29 ans, entré à l'hôpital le 2 octobre dernier pour une céphalée violente et des vomissements.

Comme antécédents personnels, rougeole et blennorrhagie; jamais d'accidents syphilitiques; du reste aucun stigmate de syphilis.

Père mort tuberculeux; mère morte de péritonite puerpérale, une sœur tuberculeuse, une autre mariée a perdu un enfant de méningite.

Les douleurs de tête ont commencé une dizaine de jours avant son entrée à l'hôpital; elles étaient continues avec des exacerbations nocturnes.

Cinq jours avant son entrée, les vomissements s'étaient établis. Il vomit tout ce qu'il prend, immédiatement et sans efforts. L'analyse a montré que le suc gastrique était celui d'un hypochlorhydrique.

Les premiers jours de son séjour à l'hôpital, la céphalée va en augmentant.

A partir du 9 octobre l'aspect général se modifie; le malade est très abattu, somnolent, et ne répond plus aux questions qu'on lui pose, ou ne répond plus que d'une façon incohérente; les vomissements persistent, verdâtres, et la céphalée est toujours aussi intense. Couché en chien de fusil, le malade est somnolent. Seul, le délire a cessé, mais le malade reste somnolent, il ne parle plus, et répond à peine aux questions qu'on lui pose. Le pouls est *très lent* et dicrote; il ne bat que 50 pulsations à la

minute, mais est resté très régulier ; la température oscille entre 35°6 et 36°2. La constipation persiste depuis quelques jours.

Le 12 octobre, la température s'élève pour la première fois, et atteint 38°4 ; le pouls est à 80. Le malade est moins somnolent, mais la céphalalgie est aussi violente que la veille.

Le 14 octobre, la douleur occipitale est toujours aussi intense, et le signe de Kernig est toujours aussi net. Le malade est toujours dans la torpeur, et ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui pose. La température est de 37°8 et le pouls atteint 114 pulsations à la minute. La constipation reste opiniâtre.

Le 15 octobre, les signes de méningite persistent aussi intenses. Le malade présente toujours de la raideur de la nuque et le signe de Kernig. Le réflexe rotulien paraît exagéré, surtout à droite.

On fait au malade, pour la première fois, une injection d'huile biiodurée. Cette injection est continuée chaque jour jusqu'au 7 novembre. On prescrit en même temps l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. Déjà le 18 octobre, trois jours après le début du traitement, le malade commence à se sentir mieux ; la céphalée, toujours persistante, est moins violente, la raideur de la nuque est moins marquée, et le signe de Kernig n'est plus qu'ébauché.

Les jours suivants, l'amélioration va en progressant ; le 7 novembre, le malade a recouvré toute sa santé et il quitte l'hôpital le 12 novembre.

Deux mois après sa sortie, le 15 janvier, cet homme est repris de céphalalgie ; on constate de l'inégalité pupillaire, de l'exagération des réflexes.

Sous l'influence du traitement biioduré, tout s'amende rapidement.

Le liquide céphalo-rachidien, provenant de quatre ponctions, a permis de constater une lymphocytose abondante. On n'a jamais trouvé aucun microbe ; lesensemencements sont restés stériles et deux cobayes inoculés dans le péritoine n'ont présenté aucun tubercule.

Le Dr Widal, trouvant qu'il ne s'agissait pas d'accidents hystériques (le liquide céphalo-rachidien des hystériques ne contenant pas de lymphocytes) ni d'accidents tuberculeux, a songé à la syphilis malgré l'absence d'antécédents. Le traitement a bien réussi, c'est tout ce qu'on peut dire.

M. RENDU signale, à propos des céphalées chez les hérédosyphilitiques, le cas suivant : Un jeune homme de 15 ans se plaint de céphalée qu'on a attribuée à l'impaludisme. Sous l'influence du traitement antisypilitique les accidents ont disparu en quinze jours.

VII

(Séance de 28 février). — M. GAUCHER signale à la Société le *lactate de mercure*, comme préparation de choix pour le traitement de la syphilis par injections sous-cutanées.

En effet ce sel, d'une préparation facile, se conserve indéfiniment ; il est peu irritant et, par suite, peu douloureux en injections sous-cutanées ; enfin il est assez riche en mercure pour permettre de n'en injecter chaque jour qu'un centigramme.

La préparation du *lactate neutre de mercure* est due à M. Lextraît, pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine et à M. Gandillon, interne de M. Gaucher.

Voici le mode d'emploi : pour les injections sous-cutanées, M. Gaucher emploie une solution aqueuse au centième (1^{re} dilution centésimale aqueuse) dont il injecte chaque jour un centimètre cube (1 gramme de la solution, 1 centigramme de lactate). Cette préparation n'est ni caustique, ni irritante; elle est très bien supportée par les malades et son efficacité est la même que celle du sublimé, du peptonate de mercure, etc.

En administration par la bouche, M. Gaucher se sert d'une solution aqueuse au millième (3^e dilution décimale) à la dose de 4 cuillerées à café par jour, espacées à intervalles égaux; chaque cuillerée à café dans un peu d'eau sucrée ou du lait.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. DES TOXONES DE LA TUBERCULOSE, par MM. ARLOING et DESCOS. — II. INFLUENCE DE LA MUCINE SUR LE BACILLE DE LOEFLER ET SUR SA TOXINE. — III. ACTION DU SUC GASTRIQUE SUR LES BACILLES DE LA TUBERCULOSE. — IV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DE LA VALÉRIANE. — V. NOTE SUR LA LOCALISATION D'ACTION DE L'ÉMÉTINE SUR LES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES.

I

Ehrlich a distingué dans la toxine diphtérique deux produits jouissant de propriétés différentes les toxines et les toxones.

Les premiers déterminent la diphtérie aiguë, les seconds engendrent les accidents tardifs de l'intoxication.

MM. Arloing et Descos ont cherché si dans la tuberculine, il n'existait point des toxones comme ceux qu'on trouve dans la diphtérie.

Voici un résumé de leurs expériences, expériences peu concluantes.

C'est la tuberculine brute de l'Institut Pasteur qui a été employée et le liquide destiné à le neutraliser a été le sérum d'une chèvre inoculée fréquemment et depuis longtemps avec des cultures pures de bacilles humains.

Les premiers essais ont été faits sur des cobayes et des lapins tuberculeux. Les résultats ont été trop variables pour qu'on ait pu rien en conclure.

MM. Arloing et Descos ont alors choisi des cobayes et des lapins sains.

Les cobayes qui recevaient la toxine pure dans le tissu conjonctif moururent après avoir perdu 16 p. 100 de leur poids et présenté un œdème généralisé tandis que ceux à qui on injectait la toxine neutralisée avec le sérum de chèvre avaient une survie très longue, un amaigrissement plus considérable, mais sans œdème.

Les auteurs ne parlent ni de lésions tuberculeuses ni de bacilles de Koch. Nous concluons que ces lésions n'existaient pas.

M. Arloing sait, du reste, aussi bien que nous, que les injections de tuberculine brute n'ont jamais déterminé la production de tubercules chez un cobaye. J'ajoute qu'il y a quelques années, j'ai injecté de la tuberculine brute à des cobayes non seulement sans produire de tubercules mais même sans amener aucun trouble dans la santé des cobayes.

Mais passons !

En résumé, ces expériences prouveraient deux choses :

1° Que la toxone tuberculeuse diminuerait la toxicité de la tuberculine.

2° D'autres expériences que nous ne rapportons pas il résulterait que les toxones conservent un certain degré de toxicité. (Société de biologie ; séance du 21 décembre 1901.)

II

La solution de mucus employé par M. Arloing sous le nom de mucine est empruntée à la limace. Cette mucine mélangée *in vitro* et laissée huit heures en contact avec le bacille de Lœfler détruit sa végétabilité et le rend stérile. Et cette même mucine n'a aucune action sur les toxines du bacille de Lœfler. (*Loco citato*).

Ces expériences prouvent l'ingéniosité des bactériologistes et peut-être aussi l'efficacité du sirop d'escargots !

III

Quelques médecins avaient pensé que le suc gastrique détruisait ou au moins atténuait la virulence du bacille tuberculeux. Les expériences sur ce point dont l'importance pratique n'échappera à personne étant contradictoires, le Dr Carrière a entrepris de nouvelles expériences d'où il résulte que le suc gastrique normal a besoin de douze heures pour atténuer *in vitro* le bacille de Koch, et que les cultures de tuberculose humaine introduites dans l'estomac de cobayes, de lapins ou de chiens ne sont même pas atténuées par le suc gastrique.

La conclusion pratique est que la transmission de la tuberculose est possible par la voie stomacale. (*loc. cita.* séance du 14 décembre, page 1098).

Nous trouvons maintenant dans les compte-rendus de

la Société un travail sur la pharmacodynamie de la *valériane* et un second sur *l'émétinc*. Ces travaux nous intéressent tout particulièrement.

Ces deux mémoires ont les défauts communs aux travaux de matière médicale de notre époque. Toujours la même routine ! L'esprit de Galien continue à obscurcir les intelligences médicales et les travaux de Hahnemann comme ceux de Pasteur sont malheureusement lettre morte pour un grand nombre de nos contemporains.

Quand on recherche par la voie expérimentale l'action d'un médicament sur un organisme vivant, on doit laisser à la porte du laboratoire l'esprit de système.

Puis on étudie sur les animaux les doses faibles, les doses moyennes, les doses fortes d'une même substance. On note avec soin les phénomènes produits, et après avoir répété suffisamment les expériences, pour qu'il soit possible d'enregistrer les effets du médicament, on possède alors l'histoire expérimentale du médicament à étudier.

Toute autre méthode conduit à des connaissances incomplètes, contradictoires, et par conséquent inutilisables en pratique.

IV

M. Ch. Féré entre en matière par des vieilleries sans signification précise. La valériane serait un *antispasmodique* et un *narcotique*. Qu'est-ce que cela peut bien signifier en matière médicale expérimentale. Néanmoins, M. Féré a institué des expériences et mesuré, à l'aide de l'ergogramme, l'influence de la valériane sur l'énergie des contractions musculaires.

La valériane produit d'abord une excitation suivie d'une dépression proportionnelle, et plus on augmente la

dose de la valériane, plus l'excitation est rapide, plus la dépression est grande, en sorte que, avec 25 centigrammes, on a un travail total de 111 kilogr. 50. Et avec 2 grammes, la somme de travail tombe à 76 kilos.

C'est ce que M. Féré appelle le narcotisme croissant avec la dose.

En résumé, ces expériences nous montrent que la valériane, *comme tous les médicaments*, détermine toujours deux actions alternatives opposées.

Dans cette dépression des forces qui suit l'excitation par la valériane, nous ne trouvons pas la raison de l'indication de ce médicament dans le traitement des névroses. Stapi, Frantz, Georg et plusieurs autres, ont déterminé expérimentalement chez l'homme sain des symptômes dont nous énumérons quelques-uns : sensation anxieuse, mobilité extrême des idées, surexcitation avec tremblement, insomnie, etc., *ce qui justifie* l'emploi de la valériane dans les symptômes analogues qui accompagnent l'hystérie.

V

Dans un premier travail présenté à la séance du 23 novembre 1901, M. Maurel a démontré que les éléments anatomiques étaient modifiés par l'émétine dans l'ordre suivant : fibres lisses, nerfs sensitifs, nerfs moteurs, fibres striées, fibres cardiaques, leucocytes, hématies.

L'action des doses toxiques sévit dans un ordre différent : nerfs sensitifs, nerfs moteurs, fibres striées, fibres cardiaques, fibres lisses, leucocytes, hématies.

Ces résultats ont quelque chose de paradoxal, et nous en laissons toute la responsabilité à l'auteur.

Dans la séance du 11 janvier (page 10), M. Maurel a tenté d'appliquer ces résultats physiologiques à la thérapeutique.

Le mirage du *contraria contrariis* n'a pas laissé à M. Maurel une lucidité intellectuelle suffisante pour comprendre toute l'importance et l'étendue de l'ipécacuanha dans les maladies.

L'émétine agissant sur les fibres lisses agit par conséquent sur les vaisseaux. Sous l'influence de l'émétine, la fibre lisse se contracterait, et par conséquent l'action de cette substance sur les vaisseaux se traduirait par de la vaso-constriction. Remarquons que si, à une certaine dose, l'émétine produit la contraction de la fibre lisse et la vaso-constriction, il est certain, en vertu des lois bien connues de la pharmacodynamie, qu'elle doit produire un effet opposé. Mais la vaso-constriction est nécessaire à la loi des contraires, alors cette vaso-constriction est affirmée comme base de l'action de l'ipéca en thérapeutique.

Avec la vaso-constriction, nous expliquons l'action hémostatique, l'action antiphlogistique, l'action antithermique, etc., etc.

Telle n'est point dans notre école la manière d'étudier les médicaments, surtout quand on se propose de reconnaître leur action thérapeutique.

Nous administrons, par la voie hypodermique, à un animal à sang chaud, des doses croissantes d'émétine. Nous observons les symptômes fournis par la respiration, le pouls et la température. L'autopsie nous permet de constater les lésions et, pour restreindre notre sujet, le poumon, quand l'empoisonnement a été conduit lentement, nous présente tous les signes de la broncho-pneumonie, signes macroscopiques, signes histologiques. Et alors,

nous avons la raison pour laquelle, d'après la *loi des semblables*, l'ipéca est indiqué dans le traitement de la broncho-pneumonie.

Les observations des accès de dyspnée, des hémorrhagies, des ophtalmies chez les ouvriers qui manipulent les racines d'Ipécacuanha nous donnent, bien plus que l'action sur la fibre lisse, la raison de l'efficacité de l'ipécacuanha dans l'asthme, les hémorrhagies et les ophtalmies.

WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

DE L'INSOMNIE, par le D^r BREE, de Charlottenbourg.

Ce symptôme qui résiste si souvent à nos traitements étant le plus souvent le résultat d'un état général, on comprend sans peine que l'homœopathie n'ait pas, pour le combattre, de panacée. Nous devons, dans nos efforts pour guérir le sujet, tenir compte des conditions d'hygiène, le régime, et de son état social, prescrire les sports à l'homme d'affaires surmené par ses occupations, et, dans la neurasthénie, le plus souvent amenée par la diathèse urique, appuyer sur les indications de cette dyscrasie notre thérapeutique. Il faut alors régler et diminuer l'ingestion des viandes, pour donner aux échanges nutritifs une autre direction, plus normale.

L'homœopathie fournira d'utiles préventifs aux symptômes précurseurs, bâillements fréquents, somnolence diurne.

L'auteur recommande le choix différentiel du remède, suivant que l'insomnie existe avant minuit, ou après

minuit ; que le malade s'éveille trop tôt, ou souvent, à des heures fixes, avec des rêves pénibles déterminés, de l'angoisse, des idées tumultueuses, du vertige empêchant le sommeil de venir ; les terreurs du réveil.

Pour l'insomnie idiopathique, l'expérience a démontré l'action des polychrestes tels que les *acides acétique, muriatique, fluorique, lactique, oxalique, phosphorique, picrique, sulfurique, le bromure de potassium, et aussi de l'acide salicylique, et ses dérivés les salicylates de soude, de caféïne et soude, de lithine.*

Les *salicylates* conviennent quand l'insomnie précède des crises de migraine, ou qu'il existe des congestions du foie.

La *cholestérine* est utile dans ce cas, ainsi que la *lécithine*. Les substances constituantes de la bile ont un effet utile dans le traitement de l'insomnie. Tels sont : les *chlorates de potasse et de soude* ; les *phosphates et bicarbonates de soude* ; les *carbonates, phosphates et sulfates de chaux, les phosphates de fer et de magnésie*. Outre la *cholestérine* et la *lécithine*, on emploie encore les *glycocholate et taurocholate de soude* et la *mucine*.

En modifiant la nutrition générale par ces produits, on amène le sommeil. Ces produits peuvent s'appeler les médicaments physiologiques du sommeil, et l'on ajoute à leur série, celle des autres polychrestes : *Aconit, Arsen., Bellad., Chamom., Coffea, Glono, Gelsem., Hyosciam., Kali Iodat., Kali brom., Cina, Mephitis, Moschus, Pulsat., Spigelia, Platine, Zincum.*

Il ne faut pas oublier les remèdes domestiques tels que l'eau sucrée ou salée, l'orange douce, le citron, le cidre, la gélatine, les compotes de fruits, etc., l'usage de la mie de pain, de gruau, de pain de son, de pain de munitions,

produits alimentaires qui aident l'économie à se débarrasser de sa surcharge en albumine et diminuent par là les causes d'insomnie.

A la suite de cette lecture, Borchman dit que le trouble du sommeil est surtout dû à la diathèse goutteuse et que dans 95 0/0 des cas d'insomnie on trouve des graviers dans l'urine; cet excès d'acide urique est dû à la trop grande abondance de l'albumine dans l'alimentation ou bien à l'inaptitude de l'organisme à transformer cette albumine en produits éliminables. Borchmann est lui-même goutteux, et a longtemps souffert de l'insomnie, qui a disparu, du reste, depuis qu'il a limité sa consommation de viande à 150 grammes par jour, accompagnée de beaucoup de légumes; il a pris en même temps des soins systématiques de sa peau, beaucoup de mouvement, et provoqué ainsi une excitation de la circulation et une meilleure distribution du sang. L'usage de l'alcool est lui-même une cause d'insomnie, qui vient s'ajouter à ceux qu'on a énuméré ici, car c'est un puissant aliment d'épargne.

Le Dr Kroper cite un cas rebelle qu'il a guéri par les exercices méthodiques, et, en particulier, l'emploi de la bicyclette. Il mentionne aussi le bon effet de l'*aconit*, II gouttes avant de se coucher, et celui de *Passifl. incarnata* à la dose de XV à XX gouttes de teinture-mère, dans l'insomnie sans cause connue.

Le Dr Schwartz a exercé dans un asile d'aliénés où vivaient 2.000 malades, la plupart sans sommeil à leur arrivée dans la maison, et tous présentant de l'acide urique dans l'urine. Puis aussitôt au régime des végétaux, ils recouvraient à bref délai le sommeil. Et ce résultat s'obtenait avec l'aide de si peu de médicaments que

Schwartz, qui avait la charge des préparations pharmaceutiques pour 1.000 malades, accomplissait cette tâche avec une demi-heure tout au plus de travail chaque jour.

Le Dr Gisevius jeune parle du rôle important que peuvent avoir les troubles de la respiration nasale, les anomalies, des sécrétions de l'estomac, celles des échanges nutritifs, celles de la circulation hépatique pour produire les troubles du sommeil. Les médicaments homœopathiques agissent contre cet état en raison de leur affinité pour les organes atteints (Séance de la Berliner Vereins h. A. 14 novembre, 1901). (*Zeitschr. der Berliner Ver. homoop. Aerzte*, mars, 1902.

REVUE DES JOURNAUX

DE L'ACTION NOCIVE SUR L'ŒIL DE DOSES THÉRAPEUTIQUES DE NAPHTOL β .

Un confrère néerlandais, M. le Dr J. Van der Hoeve, assistant de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Leyde, a eu l'occasion d'observer plusieurs faits démontrant que l'emploi du naphthol β , même à doses thérapeutiques, peut occasionner des troubles oculaires analogues à ceux qu'on a signalés à la suite de l'intoxication par la naphthaline.

Le premier malade chez lequel notre confrère ait pu se rendre compte de cette action nuisible était un homme de 40 ans, offrant une cataracte double, fait assez extraordinaire à cet âge, et en l'absence de tout commémoratif capable de l'expliquer. Or, sept mois auparavant, cet individu avait souffert d'un eczéma de la face et du cou,

qu'on avait traité à l'aide d'une pommade contenant 3 p. 100 de naphtol β ; mais, au bout de quinze jours, ce traitement avait dû être suspendu, en raison de picotements qu'il provoquait du côté des yeux.

Son attention mise en éveil par ce fait, M. Van der Hoeve eut bientôt l'occasion d'observer deux autres malades, une fillette de onze ans et un homme de vingt et un ans, chez lesquels, à la suite d'applications d'une pommade au naphtol β (à 10 p. 100 dans un cas, à 1 p. 100 dans l'autre), il se développa des altérations oculaires consistant en troubles des milieux, en taches blanches rétiniennees faisant place ultérieurement à des taches pigmentaires ; chez le second de ces patients, survint même une légère opacité cristallinienne qui disparut, ainsi que le trouble des milieux oculaires, quand on supprima les pommades naphtolées. Un quatrième sujet offrit des symptômes analogues, à la suite de l'administration, prolongée pendant quatre mois, de benzonaphtol à la dose de 4 grammes par jour.

Ces faits prouvent bien les inconvénients qui peuvent résulter, pour l'organe visuel, de l'emploi du naphtol β ; en ce qui concerne l'action toxique de la naphthaline elle-même, notre confrère estime qu'elle est due à la formation de petites quantités de naphtol β ; cette substance est, en effet, soluble, tandis que la naphthaline l'est peu. (*Semaine médicale*, 25 décembre).

EMPLOI DU LAIT CRU DANS L'ALLAITEMENT DES NOURRISSONS ATTEINTS D'ATHREPSIE OU DE GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE.

Après avoir été très en vogue, l'emploi du lait stérilisé pour l'allaitement des nourrissons soulève, depuis quelque temps, de nombreuses discussions. Entre autres, on a

reproché à ce mode d'alimentation de donner lieu, par suite d'altérations, que le lait subit sous l'influence du chauffage, au développement du scorbut infantile. A en juger d'après l'expérience de M. le Dr S. Monrad (de Copenhague), le lait stérilisé présenterait, d'autre part, l'inconvénient d'être mal supporté par certains enfants. C'est ainsi que notre confrère a observé, dans le service de M. le professeur Hirschsprung, médecin en chef de l'hôpital des enfants de la Reine Louise, à Copenhague, 5 nourrissons alimentés avec du lait stérilisé et atteints de troubles digestifs graves (gastro-entérite chronique, athrepsie), qui, après être longtemps restés malades malgré l'emploi de tous les moyens habituellement utilisés en pareille occurrence, ne tardèrent pas à se rétablir dès que le lait cru fut substitué au lait stérilisé.

Sans vouloir généraliser la portée de ces faits et renoncer, de parti pris, à l'usage du lait stérilisé, M. Monrad estime cependant que, dans le cas de catarrhe gastro-intestinal chronique, on ne doit pas s'obstiner à continuer ce genre d'allaitement, surtout si les troubles gastriques dominent le tableau clinique. Chez les enfants qui, alimentés avec du lait stérilisé ou bouilli, ou encore avec des succédanés du lait (farines lactées, laits condensés, etc.), vomissent continuellement sans qu'on parvienne à arrêter ces vomissements par les moyens thérapeutiques usuels, il convient d'essayer le lait de vache cru. Celui-ci pourra également remplacer avec succès le lait stérilisé dans les cas d'atrophie infantile.

Il va sans dire que les précautions les plus minutieuses de propreté s'imposent pour éviter toute souillure accidentelle du lait. Coupé avec de l'eau bouillie froide dans les proportions qu'on a adoptées pour le coupage du lait

stérilisé, le lait destiné à être employé cru doit être conservé dans un endroit frais et, de préférence, sur de la glace. Chaque flacon contenant la quantité nécessaire pour une tétée, et soigneusement bouché, sera plongé, au moment même de l'utiliser, dans de l'eau chaude, de manière à en tiédir le contenu, comme cela se fait pour le lait stérilisé. (*Semaine médicale*, 15 janvier.)

LA PYOCTANINE BLEUE CONTRE LES ASCITES D'ORIGINE
CARDIAQUE OU RENALE

Un médecin russe, M. le D^r E. Loustverk, s'est très bien trouvé, dans les cas d'ascite d'origine cardiaque ou rénale, de l'emploi de la pyoctanine bleue à la dose quotidienne de 0 gr. 03 centigr., divisée en trois cachets. Sur 11 malades traités de la sorte, 2 ne tardèrent pas à renoncer à l'usage de la pyoctanine, en raison des nausées que provoquait chez eux ce médicament; mais chez les neuf autres — pour lesquels on avait auparavant essayé en vain les moyens habituellement utilisés en pareille occurrence (digitale, strophanthus, etc.) — on constatait déjà, au bout de quelques jours, une amélioration sensible, se traduisant par la disparition des œdèmes et de la dyspnée, ainsi que par l'atténuation des bruits anormaux du cœur. D'après notre confrère, les bons effets de la pyoctanine s'expliqueraient par l'influence favorable que cette substance semble exercer sur la diurèse et sur l'activité des glandes sudoripares.

Afin d'éviter les troubles gastriques, M. Loustverk recommande de n'administrer la pyoctanine que trois

heures, au moins, après le repas. (*Semaine médicale*, 12 mars.)

**HYPERTROPHIE ET DÉGÉNÉRESCENCE D'UNE GLANDE THYROÏDE
ACCESSOIRE A LA SUITE DE L'EXTIRPATION D'UN GOÎTRE**

M. von Eiselsberg a présenté un homme chez lequel, deux mois après l'extirpation totale de la glande thyroïde pour un goître — opération qui remonte actuellement à vingt ans — apparut au-dessus du larynx un nodule qui atteignit peu à peu les dimensions d'une pomme. L'examen histologique d'un fragment de cette tumeur montra, dès 1887, qu'elle était constituée par des éléments thyroïdiens typiques. On est donc fondé à croire qu'une des glandules accessoires de la thyroïde s'est hypertrophiée à la suite de l'extirpation de la glande principale et qu'elle est devenue, à son tour, le siège d'un goître. Ainsi s'explique l'absence, dans ce cas, de signes de cachexie strumiprive. Malgré le désir du malade, l'orateur a refusé de faire l'ablation de cette tumeur, qu'il considère comme un *noli me tangere*. (*Semaine médicale*, 22 janvier.)

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

L'ART MEDICAL

AVRIL 1902

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE

DE FRANCE

Assemblée générale des bienfaiteurs

LE 23 MARS 1902

Le Dr P. JOUSSER, président de la Commission administrative, ouvre la séance en ces termes :

Mesdames et Messieurs.

Vous allez entendre dans un instant le compte rendu pour l'année 1901 et vous pourrez vous convaincre que, grâce à votre concours, notre œuvre s'est agrandie et a prospéré. Des chambres nouvelles ont été construites et le nombre de nos lits de 55 s'est élevé à 62. Cet agrandissement correspond à la création d'un service de chirurgie qui fonctionne déjà depuis trois ans.

Le service de chirurgie institué pour rendre service à cette population moyenne qui ne peut pas s'adresser aux grandes institutions chirurgicales à cause du prix élevé qu'on leur demande et qui, d'un autre côté, répugne à la salle commune de l'hôpital, a eu un très grand succès, et, de jour en jour, devient pour nous une source de revenus qui nous permet d'étendre de plus en plus la gratuité des soins hospitaliers pour les classes pauvres.

Mais, si ce service de chirurgie est pour notre œuvre la source de revenus qui, dans un avenir prochain, assurera notre indépendance, il constitue dans le présent une lourde charge par les dépenses qu'il a nécessité.

Ce côté chirurgical que je viens de vous signaler ne nous a point fait perdre de vue le but spécial de notre fondation : l'application de la thérapeutique homœopathique au traitement des maladies.

Vous verrez qu'en somme notre mortalité s'élève à 9 p. 100 et que si on retranchait de ces 32 morts, 14 décès dus au cancer et à la tuberculose, le chiffre de notre mortalité devrait être beaucoup abaissé.

Pour les maladies aiguës, il n'y a presque pas eu de mort, une fièvre typhoïde et pas une seule pneumonie, pas une seule pleurésie.

La supériorité de notre thérapeutique est donc démontrée une fois de plus et vous voudrez bien nous continuer votre concours; nous vous donnons donc rendez-vous à notre vente les 23 et 24 mai dans les Galeries de la charité.

Le D^r CARTIER, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, lit le Rapport médical pour 1901.

Le nombre des malades internes s'est sensiblement

accru pendant l'année 1901 ; il a atteint le chiffre de 352. Sur ces 352 malades, on compte 219 femmes et 133 hommes avec une mortalité de 32 décès. La durée totale des maladies représente 11.874 journées de lit. Cette augmentation du nombre des malades internes a été facilitée par l'agrandissement de l'hôpital qui contient actuellement 62 lits au lieu de 55.

Par contre, le nombre des consultations gratuites externes est peu élevé ; il est de 5.830.

Voici la liste des différentes maladies traitées à l'hôpital pendant l'année 1901 :

Diabète.	2	Affection de la moelle. . .	1
Salpingite	1	Cirrhose hépatique. . .	2
Affection cardiaque. . .	13	Tumeur cancéreuse. . .	3
Pleurésie.	8	Paralysie	2
Anémie.	8	Epanchement.	1
Rein flottant.	2	Strabisme.	1
Courbature.	4	Oreillons	1
Bronchites.	21	Goutte.	1
Péritonite.	1	Fissure anale.	3
Gastrite.	4	Hypospadias	1
Amygdalite	3	Amputation du pied . .	1
Curettage utérin.	9	Morphinomane.	1
Fièvre typhoïde	5	Coqueluche	2
Polype	3	Hystérectomie	3
Anasarque.	1	Métrorrhagie	1
Hernie	4	Eréthisme nerveux . . .	1
Pneumonie.	6	Phimosi s	2
Abcès divers.	12	Erysipèle	3
Entérite.	4	Appendicite.	9
Fracture.	4	Loupe	1
Tuberculose.	33	Périnéorrhaphie.	3
Rétention d'urine. . . .	1	Grippe	28

Ecthyma.	1	Hémorrhagie	2
Asthme	6	Chorée	3
Atrophie musculaire . .	1	Rougeole.	10
Congestion pulmonaire.	3	Epithélioma	12
Epilepsie.	2	Laryngite	1
Rhumatisme.	13	Gastralgie.	2
Lithiase biliaire.	5	Cataracte	2
Varicocèle	1	Chancre	2
Hydarthrose.	3	Hémorroïdes	4
Artério-sclérose	1	Angine.	4
Varices	3	Kyste	2
Hygroma	1	Ulcération de l'estomac.	2
Cystite.	1	Coxalgie.	1
Ulcère	6	Ataxie	2
Fluxion dentaire	1	Scrofule	1
Métrite	1	Cure d'hydrocèle.	2
Eczéma	1	Albuminurie.	2
Brûlure	1	Phlébite	2
Adénite	1	Ongle incarné.	1
Zona	1	Neurasthénie.	11
Arthrite.	2	Fibrôme.	5

Les 32 décès survenus pendant l'année se répartissent de la façon suivante :

Diabète	1	Affection cardiaque . . .	4
Péritonite.	1	Gastrite.	1
Anasarque.	1	Morphinomane.	1
Hémorrhagie.	1	Fièvre typhoïde.	1
Appendicite.	2	Hypospadias	1
Rhumatisme	1	Cancer	2
Scrofule, ...	1	Albuminurie.	1
Congestion pulmonaire.	1	Tuberculose.	12

Le D^r MARC JOUSSET, *trésorier*, lit le compte rendu financier pour l'année 1901.

1° Recettes :

En caisse au 1 ^{er} janvier 1900.	9.888,55	
Rentes (au Crédit Lyonnais)	6.802,25	} 14.217,05
(Chez le notaire).	7.414,80	
Intérêts du Crédit Lyonnais	29,35	
Dons et quêtes	2.958,00	
Remboursement des frais de séjour par les malades, leur famille, leurs bienfai- teurs	25.827,50	} 28.217,95
Remboursement des entrées.	583,00	
Produit de la pharmacie	1.807,45	
Total.		55.310,90
Legs du baron de Rothschild	50.000,00	} 50.283,35
Intérêts	283,35	
Total général		105.594,25

2° Dépenses :

Nourriture	16.836,05
Vin (entrée et port)	316,80
Rhum.	85,15
Eclairage.	1.678,80
Eau	481,40
Blanchissage.	1.215,20
Divers (Laborat. porcel. verrer., etc)	1.999,10
Achat et réparation des lits, literie, meubles	2.000,00
Vin (prix d'achat)	781,80
Lingerie	200,00
Contributions	2.229,75
Charbons	4.671,70
Assurances.	88,75
Mémoires : Trapier, peintre.	2.777,00
— Collin, inst. de chirurgie.	221,95
— Huclin, instr. de chir.	14,25
— Dewez, peintre de lettres.	100,00
— Bombois, menuisier	520,85
Intérêts dus sur le terrain.	3.000,00
A reporter	39.916,15

	<i>Report</i>	39.916,15
Divers (impr. des rapports, timbres, etc.)		88,25
Frais du Crédit Lyonnais.		32,80
Frais du notaire		3,30
Traitement des internes.		1.200,00
--- de l'aumônier.		880,00
--- des sœurs.		1.700,00
--- du concierge		1.820,00
Domestiques, gardes de nuit		2.500,00
		<u>48.140,50</u>

Placement du legs de Rothschild.

Achat de 55 obligations Ouest anciennes.	25.065,10	} 50.297,45
Achat de 55 obligations fusion nouvelle.	24.968,70	
Frais de conversion.	263,65	
		<u>98.437,95</u>

Balance :

Recettes totales.	105.594,25
Dépenses totales.	<u>98.437,95</u>
Reste.	7.156,30

Les recettes de l'hôpital ont une tendance à augmenter, parce que les chambres payantes sont plus souvent occupées, à cause des opérations chirurgicales qui y sont faites en plus grand nombre qu'autrefois.

Ces ressources balancent l'augmentation des dépenses causées par la gratuité de nos grandes salles de malade ; ces ressources nous permettent de faire plus de bien aux malades des classes nécessiteuses.

Nous avons touché le legs du baron de Rothschild et nous l'avons placé en obligations de chemin de fer ; nos rentes seront ainsi accrues de 1.500 francs environ.

Nous devons prévoir pour 1902 et 1903, des dépenses plus considérables que pour 1900 et 1901 parce que nous

avons dû augmenter le nombre de nos chambres, faire reconstruire un des calorifères et repeindre une grande partie de l'hôpital ; ces dépenses seront réparties sur deux exercices ; elles nous obligent cependant à vous demander encore cette année votre appui matériel en nous envoyant directement ce que vous voudrez bien nous consacrer, ou en le remettant à une de nos dames vendeuses, qui vendront aux Galeries de la charité les 23 et 24 mai prochain.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

OBSERVATION D'HYSTÉRIE DE CAUSE TRAUMATIQUE

Mlle X., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Jacques le 7 février à 7 heures du soir et est couchée au n° 5 de la petite salle. A peine entrée cette malade perd connaissance ; on la ranime avec des affusions d'eau froide au visage. Elle se plaint alors de douleurs très violentes à l'estomac et raconte qu'opérée à l'Hôtel Dieu il y a trois mois, après avoir été écrasée par un fiacre elle est sortie le matin de cet hôpital et a fait dans la journée de nombreuses courses sans prendre autre chose qu'une tasse de lait. De plus ses règles sont apparues le matin même. Elle semble profondément abattue, le pouls est petit et à 84, la température atteint 40°1 ; de neuf heures à minuit, trois nouvelles pertes de connaissance, la dernière dure près de trois quart d'heure. Ces pseudo-syncope se produisent graduellement, la malade après des douleurs au creux épigastrique qui la font se torturer dans son lit et pousser des cris, s'affaisse,

pâlit, le visage se couvre de sueurs, la respiration se ralentit puis s'arrête ; le pouls est très petit, mais peut cependant être perçu. Une injection d'éther ranime la malade à laquelle on fait ensuite une injection de 500 grammes de sérum.

Le 8 à 5 heures du matin, courte syncope 500 grammes de sérum à 8 heures T. = 37,2. Le soir T. = 37. On donne Ignatia (12°) X gouttes.

Le 9, la température du matin est 38,5 ; la malade souffre beaucoup dans la région épigastrique ; on donne acétate de morphine 0,02 dans 200 grammes d'eau. Le soir la température est à 37,5.

Le 10, température du matin 40,3 ; la malade a eu deux pertes de connaissance dans la nuit le pouls n'est qu'à 60 on porte le diagnostic d'hystérie, et comme la malade n'a jamais présenté de troubles nerveux avant son accident, on est en présence d'un cas d'hystérie traumatique. On continue acétate de morphine ; la température le soir est à 39,5 le lendemain matin à 36,5. Depuis elle est toujours restée aux environs de 37. Le traitement à la morphine, continué 6 jours, a été suivi d'un traitement de 4 jours à l'ignatia, de 3 jours au sirop d'éther et de 8 jours au sulfate d'atropine 2° trituration 0,10 par jour.

Des renseignements pris à l'Hôtel Dieu, il résulte qu'une simple laparotomie exploratrice a été pratiquée sur cette malade et qu'on n'a trouvé aucune lésion. On a donc bien affaire à une hystérie traumatique. Ces cas d'ailleurs sont relativement assez fréquents.

Le D^r Marie, agrégé, en présentait un certain nombre de cas tout récemment dans un de ses cours. C'est tout d'abord le cas d'un homme de 44 ans qui n'a jamais présenté de

phénomènes nerveux. Il tombe d'un échafaudage, se fait une plaie dans la région pariétale gauche et sort de l'hôpital trois semaines après avec seulement un peu de maladresse du membre supérieur gauche. Mais quelques mois après, à la suite d'une perte de connaissance qui dura trois jours, il présenta une hémip légie gauche complète ; plus tard il eut des crises convulsives, puis de la paraplégie et le tout disparut sous l'influence d'un traitement énergique.

L'observation suivante montre que le choc moral suffit à faire apparaître des phénomènes d'hystérie.

C'est un malade de 51 ans, couvreur, qui le 14 janvier 1898, travaillait à la hauteur d'un quatrième étage fut précipité dans le vide par suite de la rupture d'un échafaudage.

Il put se raccrocher au balcon du troisième où ses camarades purent le saisir. Mais à peine en sûreté il s'affaissa, on le reconduisit chez lui où il garda le lit pendant un mois sans pouvoir bouger, puis sa jambe gauche commença à faiblir et à trembler on le transporta à la Salpêtrière. Après un mois de séjour il commençait à aller mieux quand il apprit tout à coup que sa femme avait déserté le domicile conjugal emportant toutes les valeurs et abandonnant ses enfants. Sous l'influence de ce nouveau choc moral, le pauvre homme retomba et ne s'améliora plus depuis ce moment.

Il serait facile de réunir un grand nombre d'observations de ce genre présentant les accidents les plus variés : hémip légie, paraplégie, apoplexie, etc., etc., ou comme dans le cas que nous avons observé un épuisement complet avec phénomènes douloureux température très élevée.

Ce qui nous a permis de faire le diagnostic, c'est tout d'abord la dissociation du pouls et de la température ; recherchant ensuite les stigmates hystériques chez la malade nous avons trouvé une hypersensibilité de l'ovaire droit, une anesthésie relative du côté gauche et de l'anesthésie pharyngée ; les renseignements pris à l'Hôtel Dieu ont confirmé définitivement notre diagnostic.

En présence des phénomènes nerveux plus ou moins graves survenus à la suite d'un choc soit physique soit moral quelle qu'en soit l'intensité il est donc toujours bon d'avoir l'attention éveillée du côté de l'hystérie et d'en rechercher soigneusement les signes,

Dans la plupart des observations d'hystérie suite de traumatisme il existe un choc moral plus ou moins intense qui, suivant nous, joue le rôle principal dans le développement de l'hystérie.

Un seul mot sur le traitement prescrit à cette malade. Le médecin qui l'a vu les premiers jours de son séjour à l'hôpital s'est trompé sur la nature de la maladie. Il a pris les pertes de connaissance hystériques pour de la syncope et a pratiqué des injections de sérum plus ou moins inutiles. La morphine est, comme je l'ai souvent dit, un des grands médicaments de l'hystérie. Chez cette malade, je l'ai prescrit à dose forte, mais cette dose était indiquée par les douleurs excessives que ressentait la malade, douleurs qui devenaient le point de départ des pertes de connaissance. L'atropine a été prescrit à la fin du séjour de cette malade et a contribué à produire une amélioration assez grande pour lui permettre de travailler.

GRIPPE ANORMALE. — FORME MÉNINGITIQUE — MORT. — PAS DE LÉSIONS CÉRÉBRALES.

Recherches bibliographiques sur les cas analogues.

Mme X..., âgée de 27 ans, entrée le 29 janvier au soir, est couchée au n° 6 de la petite salle. Elle a eu deux enfants dont une fillette vivante, âgée de 2 ans, et une morte de méningite. Son mari, qui l'accompagne, nous présente une fiche du médecin traitant qui porte comme diagnostic « bronchite grave du sommet gauche, néphrite albumineuse, coma urémique. » Le mari nous raconte que sa femme a eu une pleurésie droite il y a quatorze mois à la suite de laquelle elle a été très affaiblie et a eu de l'albumine dans ses urines. Après quelques mois, fatiguée du régime lacté, elle a repris l'alimentation ordinaire et son travail habituel. Cette femme a perdu ses parents très jeune et on ne peut avoir aucun renseignement sur les antécédents héréditaires.

Le 12 janvier dernier, elle s'est mise à tousser et n'a pas tardé à se mettre au lit avec courbatures, fièvre, céphalalgie. Un médecin fut appelé et prescrivit cataplasme sinapisé sur l'épaule gauche, et pilules à formule complexe contenant, comme principe actif, de la terpine.

Le 21 aucune amélioration ne s'étant produite le même médecin appelé ajoute à sa prescription des cachets de bromhydrate de quinine 0,30 et analgésine 0,60.

Le 25, l'état s'aggrave, la fièvre s'élève et les douleurs de tête s'accroissent. Le 25, le médecin appelé fait faire l'analyse d'urine qui décelé un peu d'albumine. La nuit du dimanche au lundi la malade a un délire violent qui fait place, dans l'après-midi du lundi, à un abattement

comateux. Le délire reprend le mardi. Enfin la malade est amenée ici dans le coma à 7 h. du soir, le mercredi.

La face est vultueuse, l'œil fixe ; la pupille dilatée ne réagit plus à la lumière, le corps entier est douloureux et le moindre mouvement, la plus légère pression est très pénible pour la malade qui ne peut parler, mais a cependant une demi-connaissance.

La bouche est couverte d'un enduit blanchâtre, les lèvres sont sèches. L'auscultation, très difficile à pratiquer, ne permet pas de constater de lésion pulmonaire, la sonorité est normale. On donne cantharis 1^{re} VI gouttes, T. = 39,5, Pouls = 80 bien frappé et régulier.

Le lendemain matin 30, même état ; la malade n'a pas uriné. On donne opium 1^{re} trituration 0 gr. 20. Le soir, percussion, la vessie paraît pleine, on sonde la malade et on retire 1 litre 1/2 d'urine dans laquelle l'analyse la plus minutieuse ne révèle pas trace d'albumine ni de glucose, la densité est de 1020 et on trouve 18 grammes d'urée, il faut donc abandonner le diagnostic : urémie porté par le médecin traitant. En pratiquant le sondage on remarque que la malade a d'abondantes pertes blanches d'assez mauvaise odeur. La malade est très abattue.

La température est à 38 le matin, 40 le soir. Pouls = 120.

Vendredi 31. La nuit a été très agitée ; la malade a déliré jusqu'au matin ; elle est maintenant dans la prostration ; toujours le même regard fixe et la pupille dilatée, toujours même hypersensibilité. La température est à 39, le pouls à 120. On continue opium.

Le soir le délire reprend vers cinq heures, la température est à 40, les membres inférieurs sont contracturés en demi-flexion, la nuque est raide, la pupille est toujours dilatée, le regard atone. On prescrit apium virus.

Le samedi 1^{er} février, les membres supérieurs sont contracturés à leur tour, l'état général est le même, la température est à 39, le pouls à 132. La malade qui, les jours précédents, prenait quelques gorgées de lait, peut à peine avaler; le soir elle n'a plus aucune connaissance, elle reste dans le coma jusqu'au lundi matin, date du décès.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que trente-six heures après la mort. L'estomac, l'intestin, le foie, les reins sont parfaitement sains; rate peut-être un peu augmentée. Le poumon gauche est intact. Le poumon droit, très adhérent, est splénisé dans sa partie supérieure et laisse sourdre à la coupe de la sérosité spumeuse. Le cœur est normal. A l'ouverture de la boîte crânienne rien d'anormal, on enlève les méninges qui sont un peu épaissies, pas trace de pus. A la coupe, le cerveau est hyperhermié. Les scissures de Sylvius, examinées avec soin, ne présentaient aucune granulation.

Examen histologique. — L'examen du bulbe, de la frontale et pariétale ascendantes, ne révèle aucune lésion. Les méninges sont congestionnées et présentent une infiltration embryonnaire assez marquée; nulle part on ne trouve trace de tubercule. Des coupes pratiquées dans le sommet du poumon droit nous montrent les lésions de bronchite capillaire et de congestion pulmonaire: infiltration des parois des bronches, desquamation de l'épithélium et, autour de ces bronches, alvéoles remplis de globules et épithélium en partie desquamé.

Cette malade nous avait été envoyée avec le diagnostic: bronchite grave du sommet gauche, néphrite albumineuse, coma urémique.

La malade était incapable de nous fournir aucun renseignement; ceux produits par la famille étaient fort in-

complets et évidemment impressionnés par le diagnostic du médecin traitant ; l'état général, principalement les symptômes cérébraux et l'absence d'évacuation urinaire nous firent accepter tout d'abord le diagnostic d'urémie porté par le médecin. Néanmoins, la température élevée et la dilatation de la pupille devaient tenir notre jugement en suspens et la quantité d'urine obtenue par la sonde vint bien vite éclairer le diagnostic. Les urines étaient abondantes, riches en urée, de densité normale, il y avait donc là rétention d'urine et non urémie ; nous diagnostiquâmes une méningite arrivée à la fin du second septennaire d'une affection pulmonaire mal déterminée, ayant, par conséquent, toutes les allures de la méningite grippale ; cependant notre diagnostic était encore hésitant et il ne fut confirmé qu'à l'autopsie. Cette malade, avons-nous dit, avait les symptômes d'une méningite : délire bruyant et agité, incohérent, terminé par la somnolence et le coma, fixité du regard et dilatation de la pupille, signe de Kernig, contraction des membres inférieurs, puis des membres supérieurs.

A l'autopsie, à l'exception de signes banals de congestion, les méninges et le cerveau étaient sains. Or, à ma connaissance, il n'y a qu'une maladie qui présente pendant la vie les signes d'une affection cérébrale déterminée : méningite, hémorrhagie ou ramollissement avec absence de lésions ; cette maladie c'est la grippe.

Dans l'*Art médical* de juillet 1895, j'ai déjà rapporté l'observation d'une pleurésie grippale pendant laquelle apparurent des symptômes classiques de l'embolie de l'artère sylvienne gauche avec hémiplegie droite et aphasie ; ce complexe symptomatique ne s'accompagnait

pas de lésions, puisque la guérison complète fut obtenue en quelques semaines.

D'ailleurs, la fréquence des phénomènes nerveux dans la grippe a été depuis longtemps signalée. Dès 1580 Her-
nich, en Saxe, Semiart, à Rome, les avaient remarqués ; Ozanam, en 1696, en cite plusieurs cas. Laveran, dans l'article méningite du dictionnaire Dechambre 1864, indique la grippe parmi les causes de méningite ; de même Cintrac, 1873, dans le Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique. Jaccoud (*France médicale*, 1889), Gaucher et Comby (Société méd. des hôpitaux) décrivent des phénomènes nerveux de toutes sortes imputables à la grippe.

Kelsch et Antony, dans un article intitulé : « Grippe dans l'armée française (*Archives de médecine militaire*, tome XVIII) » rapportent quelques cas de méningites suivis de mort avec lésions caractéristiques à l'autopsie. Sevestre (Société méd. des hôpitaux, 1890), signale des faits analogues.

Bonnelière, dans sa thèse inaugurale (1894), en énumère quelques cas et insiste sur le peu de lésions constatées à la nécropsie.

Paviot, dans le *Bulletin médical* (1895), présente un cas de grippe compliquée de méningite ayant entraîné la mort et dans laquelle une autopsie soigneuse ne révéla aucune lésion.

Marty, dans un article publié dans les *Archives générales de médecine* novembre 1898, cite un certain nombre d'observations de grippe à forme nerveuse recueillies pendant trois épidémies (1893, 1894, 1895). Toutes ces observations portent sur des jeunes gens de 22 à 24 ans, bien constitués ; six ont présenté des phénomènes méningitiques absolument caractéristiques : raideur de la nuque,

contractures des membres, carphologie, ventre en bateau, constipation, vomissements, etc., et sont morts dans le coma.

Dans l'observation n° VI la maladie a duré un mois, du 6 février au 6 mars. L'autopsie a pu être pratiquée exactement vingt-quatre heures après la mort. En soulevant le cerveau on perçut, en arrière du chiasma, un exsudat fibrino-purulent verdâtre, très épais, adhérent à la dure-mère, entourant la bulbe et la moelle; pas d'abcès du cerveau qui était seulement hyperhémie. Les méninges étaient épaissies et congestionnées. L'examen bactériologique n'a pas été fait.

L'observation VII est relative à un jeune homme ayant une otite ancienne, qui succomba à la grippe avec phénomènes de méningite après un mois de maladie. L'autopsie ne put être pratiquée. La nécropsie ne put être faite pour les sujets de l'observation n° VIII et n° IX; le premier fut emporté brusquement après quatre jours de maladie, et le second après seize jours.

De même le sujet de l'observation n° X fut emporté en seize jours, après avoir présenté d'abord une paralysie nettement limitée au membre supérieur gauche; ce malade présenta un état semi-comateux dès le début et n'a pas recouvré sa connaissance complète. Vue l'opposition de la famille on ne put faire qu'une autopsie très imparfaite. Plusieurs couronnes de trépan furent posées, on ne constata ainsi aucune lésion, à peine un peu de congestion des méninges, la sonde, introduite dans les profondeurs, ne rencontra aucun abcès.

L'observation XI porte sur un malade qui, dès le début, a présenté des phénomènes nerveux: syncope suivie de délire et coma avec raideur de la nuque, ventre rétracté,

vomissements bilieux, céphalée violente, douleurs d'oreille, nystagmus. La maladie, commencée le 26 février, se termina par la mort le 6 mars. A l'autopsie on trouve les méninges injectées, adhérentes à la partie basilaire et un peu également sur les lobes frontaux. Les ventricules sont remplis d'un liquide purulent assez abondant. Pas de pus le long de la sylvienne.

On ne trouve rien dans les coupes.

Les poumons sont congestionnés et légèrement œdémateux.

Les quelques recherches bibliographiques que nous venons de résumer établissent, à côté de cas de méningite vraie, l'existence incontestable de symptômes cérébraux simulant la méningite et les embolies sans aucune lésion.

Ce paradoxe pathologique n'a pas encore trouvé son explication. On a dit que les toxines sécrétées par les bacilles de la grippe étaient la cause de ces phénomènes, toujours si graves d'apparence et si souvent terminés par la mort.

Nous ne pouvons ici combattre ni admettre cette théorie, par la simple raison que les éléments de la discussion, c'est-à-dire l'existence du poison et ses propriétés sont encore problématiques.

Si on parvient jamais à isoler ces poisons et à en déterminer expérimentalement les propriétés, tout ne sera pas dit sur la question, il y aura toujours ce fait inexplicable de symptômes tellement caractéristiques que les médecins les plus compétents n'hésitent point à prononcer le diagnostic méningite aiguë ou embolie de la sylvienne et que, cependant, il n'y a ni méningite, ni embolie.

La question reste donc ouverte et nous croyons avoir travaillé à sa solution en reproduisant l'histoire clinique qu'on vient de lire.

D^r P. JOUSSET.

OPOTHÉRAPIE

EMPLOI DE LA GLANDE SURRÉNALE EN THÉRAPEUTIQUE.

I

Sous ce titre, M. M. Brunel a publié une thèse inaugurale (1) qui nous donne un certain nombre de renseignements sur la question.

Depuis que les expériences de Brown-Séquard, d'Abelous et Langlois, etc., ont établi le fonctionnement des capsules surrénales, on a pensé à appliquer à différentes maladies les propriétés si curieuses de ces glandes. En *therapeutique générale*, Stölzner a traité par l'extrait capsulaire un certain nombre d'enfants atteints de rachitisme et noté que, sous l'influence de cette médication, l'état général s'améliore rapidement : les sueurs, l'irritabilité vaso-motrice, les phénomènes du cranio-tabes diminuent sensiblement, la dentition devient plus régulière, la marche plus facile ; Dufour et Roques de Fursac ont soigné avec succès une neurasthénique grave par l'extrait surrénal ; Grünbauer a utilisé les propriétés vaso-constrictives de la glande en l'employant comme hémostatique dans les cas d'hémorragies gastro-intestinales ; Flörsheim a appliqué l'extrait surrénal au traitement de certaines

(1) Thèse de Paris, 1901. Compte rendu de la *Gazette des hôpitaux*, 29 août 1901.

affections respiratoires : asthme, trachéo-bronchite aiguë, broncheectasie, congestion et œdème pulmonaire, etc.; enfin, récemment, de quelques observations précises, Peters a conclu que l'extrait surrénal est appelé à rendre des services pour combattre les douleurs de certains cancers ulcérés et peut avantageusement remplacer la morphine dont il n'a pas les inconvénients.

Ce n'est pas seulement en thérapeutique générale qu'ont été expérimentées les propriétés de la glande surrénale; en *ophtalmologie*, son emploi a été préconisé par de nombreux auteurs. Les expériences de H. Bates, renouvelées par Dor, ont établi le pouvoir vaso-constricteur de l'extrait aqueux ou de la poudre sèche de capsule de mouton. En deux à trois minutes, une goutte d'extrait aqueux à 1 p. 100, instillée sur la conjonctive, provoque une anémie profonde de toute la surface du globe oculaire, tous les vaisseaux conjonctivaux disparaissent, la sclérotique devient d'un blanc éclatant et l'œil entier prend un aspect livide. Cette anémie oculaire dure plus ou moins longtemps suivant les sujets et suivant la dose instillée, mais elle est constante. Sur des yeux malades, la durée de l'effet est d'autant moins longue que l'œil est plus hyperhémie, mais il n'est pas de congestion si intense qui ne disparaisse, pendant quelques instants tout au moins, sous l'influence d'instillations d'extrait surrénal répétées deux à trois fois. Le pouvoir vaso-constricteur de l'extrait aqueux de capsule surrénale mérite donc d'être bien connue (Darier, Landolt, Wolffberg). D'autant que cette substance permet, dans nombre de cas, de se servir utilement de cocaïne. On sait, en effet, que la cocaïne agit mal, ou même n'agit pas du tout, sur des yeux fortement hyperhémies. Mais, si l'on a soin d'instiller

alternativement quelques gouttes d'un collyre surrénal à deux ou trois reprises, on peut obtenir une anesthésie complète permettant d'opérer sans craindre les mouvements instinctifs de défense du globe de l'œil. L'extrait surrénal pourra donc rendre de réels services si on l'associe à la cocaïne dans tous les cas de chirurgie oculaire superficielle faite sur des malades chez lesquels le chloroforme et l'éther sont contre-indiqués. De plus, l'anesthésie locale obtenue, l'extrait surrénal agit encore comme hémostatique. Il vient heureusement renforcer l'action des autres médicaments dans les conjonctivites (Darier, Zimmermann), les kératites pustuleuses (Darier), l'épiphora, etc. En somme, de par son pouvoir vasoconstricteur, la glande surrénale possède deux propriétés importantes en clinique ophtalmologique : elle anémie les parties superficielles du globe oculaire, elle joue le rôle d'hémostatique : elle sera donc indiquée dans tous les cas où il existe une congestion oculaire.

C'est surtout dans la *maladie d'Addison* qu'a été employée la glande surrénale. S'il est vrai que cette maladie relève toujours d'une insuffisance capsulaire, d'un vice de sécrétion de la glande, rien de plus juste que de la traiter par l'administration, sous des formes pharmaceutiques d'ailleurs variées, de capsule surrénale. Bien qu'il soit peut-être téméraire d'affirmer à l'heure actuelle que l'opothérapie surrénale guérisse radicalement la maladie d'Addison, il est certain que des résultats satisfaisants ont été obtenus, résultats consignés dans les thèses récentes de MM. Dupaigne et Hémet. Ces résultats varient d'ailleurs avec la façon dont est pratiquée la méthode. A ce sujet, on peut dire tout d'abord que cette substance étant éminemment toxique, il ne faut

pas dépasser les doses de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour, doses déjà très élevées. On choisira de préférence des capsules surrénales de veau et de mouton. Quant à la forme sous laquelle il faut administrer la glande, il est bon de se rappeler que la greffe sous-cutanée a donné des résultats déplorables et doit être définitivement délaissée. La voie sous-cutanée présente plusieurs inconvénients : les injections nécessitent une asepsie complète, elles ne peuvent être faites que par le médecin, elles sont très douloureuses. Il n'est pas prouvé de plus que leurs résultats soient supérieurs à ceux que l'on obtient en administrant la glande par la voie digestive. Voici cependant les formules proposées pour les injections sous-cutanées.

- 1° Capsules surrénales de cobayes. 0 gr. 80 centigr.
 Eau bouillie. 10 grammes.
 Chlorure de sodium. }
 Sulfate de soude. } 0 gr. 07 centigr.

Triturer ; laisser macérer vingt heures ; filtrer sur papier stérilisé ; injecter 2 à 5 centimètres cubes. (Langlois.)

- 2° Capsules surrénales fragmentées. 10 grammes.
 Faire macérer dans :
 Glycérine à 30 degrés 10 —
 Eau bouillie contenant 25 gr. de
 sel par litre 5 —

Laisser macérer une demi-heure, filtrer avec papier, stériliser au moyen de l'acide carbonique sous pression. Diluer d'une quantité égale d'eau bouillie pour l'usage hypodermique.

La voie rectale peut être utilisée surtout dans les cas d'intolérance gastrique : on doit alors ou bien employer des extraits déjà solubilisé par la pepsine, la trypsine, la papaïne, ou bien faire une véritable digestion rectale en mélangeant l'extrait capsulaire avec un extrait aqueux de pancréas.

La voie gastrique est la plus habituellement employée : on peut donner la glande à ingérer en nature ou sous formes de pulpes réduites en bouillie, dans du pain azyme, des purées, de la confiture, en sandwich. Quelques malades préfèrent la peptone surrénale.

Peptone surrénale.	} <i>ad</i> q. s. p. 0 gr. 40 centigr.
Excipient	

Le meilleur mode d'administration est la glande surrénale sous forme d'extraits complets ou partiels.

Pour obtenir les extraits complets, on peut pulper ou râper l'organe, puis le faire macérer pendant deux heures environ dans de l'eau tiède ; le mélange est ensuite filtré sur toile fine et donné dans du bouillon ou du lait. Mais il vaut encore mieux employer l'organe total réduit en poudre. La dessiccation se fait dans le vide à 20 ou 30 degrés ; on peut ensuite incorporer cette poudre à du sucre de lait et en faire des tablettes ou des pilules, ou encore la dissoudre dans de l'eau, du bouillon ou du lait au moment de s'en servir.

Les extraits complets utilisent toutes les propriétés de l'organe, les extraits partiels, une partie seulement de ces propriétés. Pour obtenir l'extrait aqueux, on peut partir soit de l'organe frais, soit de la poudre desséchée, en faire une solution aqueuse que l'on filtre, l'on concentre et évapore dans le vide. L'extrait alcoolique s'obtient en

partant de la poudre desséchée, sa valeur thérapeutique est discutée. L'extrait glycéринé doit être proscrit en raison de ses désavantages et de ses dangers. En effet, la glycérine possède une action toxique spéciale, de plus, elle se charge, au contact des capsules surrénales, de produits irritants et vénéneux. Enfin, l'action nécrosante de la glycérine injectée dans les tissus ne doit pas être perdue de vue. Aussi, l'extrait glycéринé doit-il être proscrit si l'on veut éviter la possibilité des plus graves accidents.

Les extraits peptiques, tryptiques, pancréatiques et papainiques de glandes ont été quelquefois employés. Indiquons en terminant la formule des collyres surrénaux utilisés par M. Darier :

Chlorhydrate de pilocarpine. . . .	3 centigrammes.
Sulfate neutre d'éserine	2 —
Extrait aqueux de glande à parties égales.	5 grammes.
Eau distillée	5 —

Ou encore :

Poudre de capsules surrénales. . . }	ad 1 gramme.
Eau distillée. }	

II

M. LABARRE a obtenu par ce produit d'excellents résultats, non seulement dans le traitement des rhinites, de la fièvre des foins, de l'asthme nasal, toutes formes où il est utile de décongestionner la muqueuse nasale pour ramener la perméabilité du nez, mais également dans les interventions opératoires sur le nez. Son application sur la muqueuse la rend exsangue en quelque sorte, et l'on peut, grâce à l'extrait, enlever des éperons et des queues de cornet sans hémorragie.

M. Labarre se sert de l'extrait en solutions aqueuses à 1/10, conservées aseptiquement dans de petits tubes de verre soudés à la lampe. Il applique la solution à l'aide d'un petit tampon et pratique une friction énergique sur la partie des muqueuses qu'il veut anémier.

M. DELSAUX a essayé le produit en injection dans la trompe d'Eustache, mais il a provoqué ainsi plusieurs cas d'otite aiguë.

M. Buys a aussi employé le produit et confirme les bons résultats obtenus par M. Labarre ; mais l'effet produit n'est pas égal chez tous les sujets. L'action peut durer vingt-quatre heures, mais elle peut aussi ne persister qu'une demi-heure. La phase de constriction vasculaire est suivie parfois d'une phase de dilatation très marquée. (Soc. belge d'otol. et de laryngol., 2 juin 1901, anal. in *Gaz. hebdomadaire*.)

III

Il est beaucoup question depuis quelques années, à l'étranger surtout, et parmi les spécialistes de la gorge ou du nez, de l'action vaso-constrictive, sinon anesthésiante, de l'extrait de capsule surrénale. Le docteur Moure (de Bordeaux) vient de publier dans sa Revue (1) les résultats intéressants obtenus par lui avec le principe actif de l'extrait de capsules surrénales, isolé récemment par le Dr Jokichi Takamine (de New-York) et appelé par lui adrénaline.

(1) *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 28 déc. 1902, n° 52 (communic. faite à la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, le 29 nov. 1901).

D'après le D^r Harmer (1), qui a expérimenté l'extrait de capsules surrénales chez 32 personnes, en solution de 10 à 50 p. 100, l'application de ce produit sur les muqueuses du nez, par exemple, modifie rapidement sa couleur et son volume; de rouge elle devient pâle et se rétracte. Cet effet, qui se produit déjà au bout de deux minutes, persiste au maximum plusieurs heures. L'extrait ne paraît pas avoir de propriétés anesthésiques par lui-même, mais il favorise l'action de la cocaïne au point que, même à petite dose, la cocaïne détermine une anesthésie complète. Cette propriété rend l'emploi de l'extrait de capsules surrénales précieux chez les personnes qui supportent mal la cocaïne (2). L'auteur n'a pas observé d'action dans les laryngites aiguës ou subaiguës.

Le D^r Moure a expérimenté le principe actif de l'extrait de capsules surrénales, l'adrénaline, en solution variant de 1/1000 à 1/10.000; il l'a utilisé comme moyen hémostatique dans les interventions sur les muqueuses nasale, buccale, laryngée et auriculaire, en combinant son action avec celui de la cocaïne; il a même eu l'occasion de l'employer au cours d'une cure radicale de sinus maxillaire, opération particulièrement sanglante; il a

(1) *Wien. klin. Woch.*, 1901, n° 19; C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, n° 43, p. 1052.

(2) J'ai eu moi-même récemment l'occasion d'expérimenter l'extrait de capsules surrénales chez une malade atteinte d'ulcère tuberculeux d'une corde vocale que je ne parvenais pas à cautériser convenablement, faute de pouvoir obtenir une anesthésie suffisante, en employant même des solutions de cocaïne de titre élevé et à haute dose; un simple badigeonnage de la muqueuse laryngée avec une solution d'extrait à 5 p. 100 m'a paru faciliter beaucoup l'anesthésie par la cocaïne.

constamment observé un pouvoir hémostatique puissant ainsi qu'une action plus complète des applications de cocaïne à la suite des badigeonnages pratiqués avec les solutions d'adrénaline. Il a pu également arrêter rapidement une épistaxis, un coryza aigu et inciser sans douleur un abcès péri-amygdalien (avec adjonction de cocaïne) à l'aide de ce même produit.

L'adrénaline semblerait donc, d'après M. Moure, devoir permettre l'action de la cocaïne sur des muqueuses enflammées; elle pourrait peut-être aussi favoriser les pansements et interventions, les laryngites ulcéro-œdémateuses des tuberculeux [l'expérience que j'en ai faite dans un cas semble le démontrer (voir la note plus haut)]; elle mérite encore d'être essayée en chirurgie générale dans l'amputation du col utérin, par exemple, les interventions partielles sur la langue, le voile du palais, la face interne des joues, etc.

Le pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline serait si considérable que le Dr E. Mayer (de New-York) a constaté qu'une solution de moins de 1/100.000 (8 millionnièmes de gramme), injecté dans les veines, augmentait la pression sanguine d'une quantité représentée par une colonne de mercure de 14 millimètres. La médecine pourra peut-être elle-même tirer profit de cette action énergique.

(Dr PAUL VIOLLET, *Gazette des Hôpitaux*. 11 janvier.)

VI

Un médecin anglais, M. le Dr W. Soltan Fenwick (de Londres), ayant récemment attiré l'attention sur les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement des gastrorrhagies graves par l'ingestion d'extrait de capsules surrénales, il

nous paraît intéressant de rappeler que les propriétés vaso-constrictives de l'extrait surrénal avaient déjà été utilisées avec succès, dans le même but et de la même façon, par M. le Dr O. Grunbaum, médecin du West London Hospital. Toutefois, il est bon de savoir qu'administré par la bouche, ce médicament peut échouer en raison des vomissements qu'il est susceptible de provoquer et qui aggravent l'hémorrhagie. C'est ainsi que M. le Dr J. Adam (de Hamilton), a eu l'occasion d'observer une jeune fille prise d'une gastrorrhagie intense et qui, ayant absorbé, à deux reprises, plusieurs tablettes pulvérisées d'extrait de capsules surrénales, ne tarda pas, chaque fois, à les rejeter avec une quantité plus ou moins considérable de sang. En présence de cette intolérance de la muqueuse gastrique, M. Adam eut recours à la voie rectale : après avoir donné un petit lavement contenant 1 gr. 20 centigr. de chlorure de calcium, il fit injecter dans le rectum, d'abord toutes les deux heures, puis toutes les quatre heures seulement, 0 gr. 60 centigr. d'extrait surrénal pulvérisé et délayé dans de l'eau. L'hématémèse cessa complètement.

Ce fait mérite d'autant plus d'être retenu que l'extrait de capsules surrénales agit comme hémostatique, non pas en déterminant la coagulation du sang épanché, mais en rétrécissant le calibre des vaisseaux qui saignent. Or, le pouvoir absorbant de la muqueuse rectale étant considérablement augmenté à la suite des pertes sanguines abondantes, les propriétés vaso-constrictives de l'extrait en question peuvent rapidement s'exercer à distance.

Signalons, en terminant, que M. Adam se sert, au cours des interventions chirurgicales, de tampons imbibés d'extrait surrénal, afin de débarrasser le champ opératoire

du sang et le rendre ainsi plus accessible à la vue. Cet extrait peut aussi être employé pour augmenter et prolonger l'effet anesthésique des pulvérisations de chlorure d'éthyle dans les opérations de petite chirurgie et l'avulsion des dents : il suffit, pour cela, de maintenir pendant quelques instants un tampon imbibé d'extrait surrénal sur la région qu'on va soumettre à la pulvérisation réfrigérante. (*Semaine Médicale*, 22 janvier.)

V

Le D^r CLARKE, dans son dictionnaire de matière médicale (1), consacre à l'adrénaline l'article suivant :

Indications cliniques. — Maladie d'Adisson, névralgie surrénale. Peau bronzée. Débilité. Hématuries. Hypérmies. Palpitations. Tachycardie.

Caractéristiques. — L'adrénaline a guéri un certain nombre de maladies d'Adisson et en a arrêté d'autres. Les principaux symptômes de cette affection peuvent être pris comme les indications de l'emploi de l'adrénaline : coloration bronzée de la peau ; perte des forces ; épuisement ; pouls extrêmement rapide.

L'adrénaline a guéri un cas d'hématurie accompagnée de douleurs dans la région surrénale.

Elle a été employée localement dans des cas d'hypérémie de la conjonctive, la faisant disparaître presque instantanément et permettant ainsi de pratiquer des opérations.

(1) *A Dictionary of materia medica. The homœopathic publishing Company.* Londres, 1900.

Elle paraît posséder une action très puissante sur les vaisseaux sanguins dilatés.

Quand on l'injecte sous la peau, la pression sanguine diminue, les artères se contractent. Le système musculaire général est affecté, une excitation légère produisant une contraction prolongée.

D^r MARC JOUSSET.

PATHOLOGIE INTERNE

LE PALUDISME ET SON HÉMATOZOAIRE

L'esprit de la doctrine organicienne moderne, dont les représentants florissaient dans la première moitié du siècle dernier, a conservé une certaine influence sur les médecins contemporains. Les organiciens sont morts et oubliés. Qui, aujourd'hui, se préoccupe de Rostan, Chomel et Louis? Les maîtres ne sont plus, mais la doctrine règne encore aujourd'hui dans certaines questions de pathologie. Depuis que Laveran a décrit son hématozoaire de la fièvre intermittente, la grande préoccupation est d'établir une relation étiologique entre cet animalcule microscopique et le paludisme. Et le D^r Billet vient de publier, dans les *Annales de Pasteur* du mois de mars, un travail dont la conclusion est que chaque forme de la fièvre intermittente est régie par un parasite spécial:

« Le parasite, dit-il, varie avec les formes qu'il détermine ».

Voici, en quelques lignes, l'analyse de ce mémoire: M. Billet a découvert avec le D^r Laveran que le paludisme présentait deux formes correspondant à deux saisons de

l'année, la saison d'automne et la saison du printemps. Remarquons que cette découverte est vieille comme les rues et qu'elle remonte à Sydenham, qui avait décrit la fièvre autumnale et la fièvre vernale. Pour être juste, ajoutons que Sydenham enseignait que les fièvres autumnales finissaient par revêtir le type quarte et étaient beaucoup plus tenaces que la fièvre vernale à type tierce et quotidien et d'une guérison relativement facile.

D'après M. Billet, la fièvre intermittente autumnale est à type irrégulier, subcontinu, simulant la fièvre typhoïde et ceci est absolument conforme avec ce que nous avons observé dans le Poitou.

M. Billet ajoute qu'en Algérie la fièvre autumnale survient toujours sur des sujets jusque-là indemnes du paludisme, qu'elle est de première invasion, tandis que la fièvre vernale à type quotidien ou tierce ne se manifeste jamais que comme rechute ou récidive chez des malades déjà paludéens.

Ces deux assertions nous semblent absolument erronées, non seulement parce que nous avons observé le contraire en France, mais parce que le Dr Boudin, qui a longtemps pratiqué en Algérie, rapportent des observations absolument contraires à celles de M. Billet.

Ce que je ne peux contester, c'est que, d'après M. Billet, dans la fièvre autumnale, les hématozoaires sont d'abord extrêmement petits et aboutissent à la forme en croissant, tandis que dans la forme vernale les hématozoaires sont à grande forme et aboutissent à la rosace.

Les conclusions de l'auteur éveillent une certaine surprise parce qu'au lieu de correspondre à la forme autumnale et vernale, ses hématozoaires correspondent au type tierce et quarte qui ne sont que des variétés.

« Il existe en Algérie deux formes de paludisme correspondant à deux sortes de parasite bien distinct : le paludisme de la fièvre tierce et le paludisme de la fièvre quarte. »

Nous n'avons qu'une objection à faire à cette pathogénie qui voudrait expliquer la différence des formes de paludisme par la différence des espèces microbiennes. C'est que le type tierce et le type quarte, loin de constituer des formes distinctes, ne constituent que des variétés qui se rencontrent et se succèdent dans la fièvre intermittente. Ainsi, dans *la forme commune*, c'est le type quotidien qui commence, le type tierce suit et au bout de quelques semaines, le paludisme a revêtu le type quarte.

Dans la *forme bénigne*, au contraire, le type est quotidien ou tierce et ne devient jamais quarte.

C'est pour ces deux formes *naturelles* qu'il serait utile de rechercher les différences des hématozoaires si ces différences existent et non pour expliquer des différences de types, différence qui se montrent successivement dans même forme.

Pour conclure, nous changerons quelques mots à l'axiome de M. Billet et nous serons dans la vérité en disant : *les parasites varieront avec les formes et les variétés de la fièvre intermittente.*

D^r P. JOUSSET.

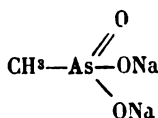
MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LE CACODYLATE DE SOUDE ET LE MÉTHYLARSYNATE DE SOUDE.

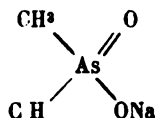
A la suite des intéressantes communications faites récemment par M. Armand Gautier à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine sur un succédané du cacodylate de soude, communications dont nous avons rendu compte ici même, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de signaler les particularités chimiques qui différencient le nouveau corps du cacodylate.

Ce corps, le méthylarsynate disodique ou arsynal, ne paraît au premier abord différer que fort peu du diméthylarsynate sodique ou cacodylate. Ils ont en effet respectivement pour formule :

Méthylarsynate disodique
ou Arsynal



Diméthylarsynate sodique
ou Cacodylate



Cette différence infime dans l'expression de la formule est cependant profonde si l'on considère les propriétés physiques et chimiques des deux corps.

L'arsynal a une composition chimique telle qu'il ne peut donner aucun produit secondaire et qu'il passe intact dans le torrent circulatoire.

Le cacodylate, au contraire, donne par décomposition dans l'estomac de l'oxyde de cacodyle, corps éminemment

toxique et qui est la cause de tous les méfaits qu'on lui a reprochés, à savoir : l'odeur d'ail, les troubles gastriques et l'action nocive sur le rein, qui obligeaient à recourir uniquement à la voie sous-cutanée.

Aussi M. Armand Gautier a-t-il pu dire avec raison que le méthylarsynate de soude avait tous les avantages du cacodylate, sans en avoir les inconvénients.

L'arsynal est un corps blanc, cristallisant dans le système prismatique, s'effleurissant à l'air en perdant son eau de cristallisation. Desséché à 120 degrés il n'éprouve pas de fusion jusqu'à 300 degrés. A cette température seulement il se décompose sans fondre, avec mise en liberté d'arsenic métallique.

Cristallisé dans l'eau et non desséché, il fond à 130-140 degrés.

L'arsynal est très soluble dans l'eau à chaud et à froid, à peine soluble dans l'alcool concentré. Il est insoluble dans l'éther, la benzine, le sulfure de carbone, l'éther de pétrole et les autres dissolvants neutres. Il est également insoluble dans l'huile.

Chauffé jusqu'à 300 degrés il ne dégage aucune odeur d'ail. Il en résulte que ses solutions peuvent être facilement stérilisées sans crainte de décomposition.

Absorbé par voie buccale il ne subit, sous l'influence des ferments digestifs, aucune réduction et passe directement sous forme de $\text{CH}^3\text{AsNa}^2\text{O}^3$ dans le torrent circulatoire.

Le tableau ci-dessous donne, résumés comparativement, les caractères de chacun des deux corps et permettra au point de vue analytique de les différencier entre eux.

RÉACTIFS	MÉTHYLARSYNATE DISODIQUE ou <i>Arsynal</i> .	DIMÉTHYLARSYNATE SODIQUE ou <i>Cacodylate</i> .
Tournesol.....	Bleuit le papier rouge de tournesol.	Neutre.
Azotate d'argent....	Précipité blanc en pe- tites aiguilles de mé- thylarsynate d'ar- gent insoluble dans l'eau.	Pas de précipité.
Sulfate de cuivre.....	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Acétate neutre de plomb.....	Précipité blanc.	Pas de précipité.
Sous-acétate de plomb.	Précipité blanc.	Pas de précipité.
Bichlorure de mercure.	Précipité rouge brique d'oxyde de mercure.	Pas de précipité.
Nitrate mercurieux....	Précipité blanc.	Précipité blanc, mais devenant presque immé- diatement jaune.
Chlorure de calcium..	Rien à froid : à l'ébul- lition : précip. abon- dant d'écaillés blan- ches.	Pas de précipité, ni à chaud ni à froid.
Azotate de cobalt.....	Précipité violacé.	Pas de précipité.
Sulfate de nickel.....	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Sulfate de manganèse.	Précip. couleur chair.	Pas de précipité.
Sulfate de fer ammo- niacal.....	Précipité vert.	Pas de précipité.
Perchlorure de fer....	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Chlorure d'or.....	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Chlorure de platine...	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Hydrogène sulfuré....	Pas de précipité.	Pas de précipité.

H. L. D.

(Gazette des hôpitaux, 6 mars).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. DE LA PELADE. — LES SOMMATIONS PELADOGENES. — DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA PELADE. — UN CAS DE PELADE D'ORIGINE DENTAIRE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE TUBERCULEUSE. — PELADE SYMÉTRIQUE PAR ÉRUPTION PRÉCOCE DE LA DENT DE SAGESSE. — II. DU ZONA RÉCIDIVANT. — III. UN NOUVEAU CAS DE SCORBUT INFANTILE. — IV. SYMPTÔMES DE MÉNINGITE AIGUE; GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE. — V. ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE BACILLE FUSIFORME ET LE SPIRILLE DE VINCENT À LA SUITE DES ANGINES BANALES, DE LA SCARLATINE, DE LA DIPHTÉRIE ET DU SCORBUT. — VI. GOUTTE AIGUE DU PHARYNX.

I

(*Séance du 7 mars*). — Une communication de M. JACQUET sur les *sommations péladogènes* devient le point de départ de plusieurs communications successives aux séances suivantes, mais que nous rapprocherons les unes des autres.

M. Jacquet défend dans une série d'études publiées depuis deux ans l'opinion « que la pelade n'est pas une dermatose *spécifique*, mais une lésion *banale*, favorisée par une viciation complexe des tissus et des humeurs, déter-

minés et *fixée* (1) par des irritations locales diverses (2), dont l'éruption et les lésions dentaires constituent les plus communes (3).

Il ajoute : « Mais si je pense que l'irritation peladogène est *banale*, je ne crois pas qu'elle soit *simple* ; je pense, au contraire, que le plus souvent une série de causes, agissant dans le même sens, s'associent, s'additionnent, pour constituer une somme ou *sommation peladogène*, la dépilation n'étant ainsi qu'une *résultante*.

« Cette sommation elle-même peut se faire suivant des modalités différentes : une ou plusieurs conditions d'ordre *général* s'associant à une ou plusieurs conditions d'ordre *local*. On conçoit à quel point ces combinaisons pathogènes peuvent être variées.

« Par exemple, dans certaines des observations que j'ai déjà publiées, un surmenage plus ou moins intense est la cause *générale connue* ; une lésion dentaire unilatérale vient tirer à elle et *localiser* l'influence peladogène ; nous voyons bien là combinaison de deux facteurs, l'un d'ordre *général*, l'autre d'ordre *local*. »

M. Jacquet rapporte cinq observations à l'appui de son opinion.

Dans l'observation I, il s'agit d'un enfant de 18 ans et demi qui présentait un disque peladique rétro-auriculaire *gauche* : points névralgiques faciaux, sous-auriculaire et occipital très marqués à *gauche* ; troubles auditifs

(1) L. JACQUET. Les rapports de la pelade avec les lésions dentaires. *Presse médicale*, 1900, n° 93.

(2) JACQUET et PORTES. La viciation hémou-urinaire dans la pelade. *Annales de dermat. et de syph.*, avril 1901.

(3) L. JACQUET. La pelade d'origine dentaire. *Annales de dermat.*, février 1902.

à *gauche* ; six semaines après plaques peladiques à *droite* à la région occipitale ; carie dentaire douloureuse à *droite*.

Dans l'observation II, une petite fille de 13 ans présente une plaque de pelade, à la région temporo-pariétale *gauche*, trois semaines après une brûlure à la jambe *gauche*, dentition très mauvaise.

Une femme de 36 ans (obs. III), entre à l'hôpital avec deux plaques de pelade, l'une à la région occipitale *droite*, l'autre plus petite, dans la région fronto-pariétale légèrement à *gauche* de la ligne médiane.

Cette femme n'avait plus de dents à la mâchoire supérieure et se servait d'un dentier ; gingivite et inflammation de la voûte palatine surtout à *droite*.

Dans l'observation IV, il s'agit d'un homme de 47 ans, ayant trois points de peladé, un disque temporal *gauche*, un petit disque latéro-mentonnier *gauche* et un petit disque occipito-pariétal *gauche* ; or cet homme a des dents très malades, toutes cariées, à la mâchoire supérieure *gauche* ; le bourrelet gingival est enflammé et tuméfié à *gauche* sous le dentier.

Un homme de 21 ans est le sujet de l'observation V. ; il a eu vers le 10 juin un traumatisme au niveau de bosse pariétale *droite* (contusion légère), il a plusieurs plaques de pelade, deux assez larges au niveau de la région pariétale *droite* et six petites à la région occipale, quatre à *droite* et deux à *gauche*.

Voici différents cas sur lesquels M. Jacquet s'appuie pour soutenir son opinion de *sommation péladogène* : pour lui « la pelade est une dermatose où se trouve réalisée l'unité du mécanisme pathogénique de la mort du poil, sous la *diversité* et la *multiplicité* étiologiques. »

M. LE GENDRE a été atteint d'une plaque peladique de la barbe en 1858 ; or, il n'a jamais eu de névralgie du trijumeau et toutes ses dents sont intactes.

Par contre, il venait en cinq semaines de visiter toutes les universités allemandes, il était extrêmement fatigué et s'est fait couper la barbe à Francfort, chez un coiffeur d'une propreté suspecte. En outre, il a de la séborrhée du cuir chevelu et du visage, constituant, d'après M. Sabouraud, un terrain de culture de choix pour le parasite peladogène, s'il existe, ce qu'il se garde d'affirmer étant incompetent.

Il pense que la séborrhée peut être considérée comme cause prédisposante et que la cause déterminante réside dans la déchéance nerveuse et un trouble général de la nutrition. Dans tous les cas de pelade qu'il a rencontré, les sujets étaient dans un mauvais état de santé antérieurement à l'apparition de la chute des cheveux et des poils et plus particulièrement sous le coup de troubles nerveux.

Il n'a observé qu'une fois un cas où la contagion puisse être invoquée avec grande ressemblance : deux enfants, deux sœurs, vivant en commun, ont été atteints de pelade à trois mois d'intervalle. L'une des deux seulement était sous le coup de perturbations nerveuses ; l'autre était seulement lymphatique et séborrhéique.

M. Jacquet pense que la contagion peladique s'observera de moins en moins.

A la séance suivante (14 mars) M. GAUCHER rappelle qu'il a cru à l'origine exclusivement nerveuse de la pelade et qu'il a même publié un travail sur la *non-contagion de la pelade*. Il a conservé cette opinion jusqu'à ce

qu'il ait observé des cas indubitables de contagion : « En réalité, la pelade est peu contagieuse et difficilement contagieuse, mais elle l'est ; elle l'est dans des cas de réceptivité spéciale. Tous les peladiques sont atteints de *déséquilibre nerveuse* permanente ou momentanée.

« Ce sont ou des individus atteints d'affections nerveuses, ou des héréditaires nerveux, ou des sujets qui viennent de subir des commotions nerveuses (chagrins, peur, excès) ou qui sont surmenés cérébralement. La nécessité de ces conditions prédisposantes n'a rien qui doive nous surprendre. Toutes les maladies contagieuses ont besoin pour se développer de conditions de *réceptivité*. Ces conditions, pour la pelade, résident dans un trouble préalable du système nerveux.

« Il y a une autre raison pour laquelle la pelade est peu contagieuse ; c'est que, d'après ses lésions et son évolution clinique, le parasite microbien de la pelade paraît agir surtout par ses toxines qui persistent dans le derme. La contagion ne peut s'exercer qu'au début, pendant la période microbienne de la maladie. »

En dehors de l'épidémie des sapeurs-pompiers de Paris, que tout le monde connaît, M. Gaucher a observé trois cas indiscutables, dont il rapporte seulement le suivant : Un homme atteint de pelade de la barbe contagionne sa femme qui, n'ayant jamais pris aucune précaution de préservation, fut atteinte de pelade du cuir chevelu.

M. VAILLARD rapproche de ce cas celui d'une dame, qui a contracté dans les circonstances suivantes une pelade grave, rapidement extensive qui dénudait en quelques semaines la presque totalité du cuir chevelu. Son fils,

soldat dans un régiment de Paris, était porteur de deux plaques de pelade pour lesquelles il n'avait encore réclamé aucun soin ; il faisait à sa famille des visites presque journalières, et par amusement sa mère et sa sœur se coiffaient fréquemment de son képi ; il convient d'ajouter que la sœur ne fut pas atteinte.

M. JACQUET repousse ces faits, qu'il qualifie de rarissimes ; il termine en disant que l'inoculation seule peut trancher la question et il s'offre pour l'expérience, en faisant remarquer qu'il réalise toutes les conditions désirables puisqu'il a eu et a encore la pelade, maladie récidivante et par conséquent non vaccinante.

M. DEHU lit une observation du service du P^r Dieulafoy sous le titre de *Pelade d'origine dentaire chez une hystérique tuberculeuse (Sommeation péladogène de Jacquet)*. En voici le résumé.

Une jeune fille hystérique souffre, à la fin du mois d'août, de *névralgies dentaires* qui nécessitent l'extraction d'une dent à droite et la pose d'un dentier.

A partir du mois de septembre, elle présente des symptômes de *tuberculose pulmonaire* qui s'aggravent progressivement.

Au mois de janvier elle est prise brusquement de *céphalées violentes*, qui durent une quinzaine de jours.

Au commencement de février, elle constate la présence d'une *plaque de pelade* large comme une pièce de cinq francs au-dessus de l'oreille droite.

Enfin, un mois plus tard, nous découvrons une *plaque naissante* au point symétrique à gauche.

Il s'agit, en somme, d'un fait comparable aux cas de « *sommeations péladogènes* » cités par Jacquet dans la

dernière séance. Nous voyons ici la *pelade* naître sous l'influence d'une *lésion dentaire* chez un sujet doublement prédisposé de par son *hystérie* et de par sa *tuberculose*.

Du reste, si la *pelade* est bilatérale, chez cette malade la tuberculose et les lésions dentaires le sont aussi ; et la concordance topographique des effets et des causes se précise encore davantage si l'on veut bien remarquer que l'irritation dentaire a été beaucoup plus vive à *droite*, que la *pelade* a débuté à *droite* et qu'elle s'est beaucoup plus étendue à *droite*. Quant à l'incitation locale qui a déterminé l'apparition d'une plaque alopécique à gauche, plaque d'ailleurs petite et tardive, elle est imputable sans doute au dentier, dont l'action irritante, non perçue par la malade, se trahit néanmoins par des signes très nets de gingivite et par la présence de petits ganglions sous-maxillaires.

M. JACQUET fait observer, que sur 120 à 140 cas de pelades qu'il a rencontré, c'est la vingt-deuxième fois que le malade portait un dentier ; ce qui est une proportion considérable, étant donné que, parmi ses malades, il y avait beaucoup d'enfants et de malades de la classe populaire faisant peu usage de la prothèse dentaire.

M. JOFFROY a observé une malade atteinte de goître ex ophtalmique et chez laquelle existait une *pelade* très étendue ; c'était une prédisposée, par sa maladie de Basedow, et sa *pelade* avait été précédée d'un érysipèle de la face ayant amené une forte chute des cheveux ; elle avait ensuite porté une perruque ayant appartenu à une de ses voisines considérée comme atteinte de *pelade*.

M. JACQUET repousse ce cas de contagion, car s'il était sûr que la malade soit prédisposée à la *pelade* comme

basedowienne, ce n'est qu'une *supposition* que la voisine ait été atteinte de la pelade.

A la séance du 21 mars, MM. JACQUET et SABOURAUD viennent rapporter qu'ils ont examiné en commun deux peladiques père et fils.

Le père, porteur de deux disques réguliers, à peu près symétriques, souffre des dents en mâchant depuis deux mois, il présente de la gingivite diffuse, à foyer maximum autour des deux dents de sagesse inférieures, évoluées d'ailleurs d'ancienne date.

Le fils, porteur d'une aire irrégulière de la région justalambdoïde *gauche*, a subi une névralgie dentaire *gauche* il y a un mois environ. Sa joue *gauche* est un peu épaissie, comme légèrement cartonnée, hypersensible ; il existe une volumineuse adénopathie dans la gaine du sterno-mastoïdien *gauche*. Et il est possible que cet ensemble symptomatique dépende d'une grosse carie de la première molaire *gauche*, ou de l'évolution, beaucoup plus avancée à *gauche*, de la deuxième.

Dans ces conditions : ils estiment qu'un cas de ce genre ne saurait figurer à l'actif de la transmissibilité contagieuse.

M^e Sabouraud a, du reste, exclu de l'enquête sur la contagiosité tous les cas survenus entre consanguins à cause de la fréquence *familiale* de la pelade.

A la même séance, M. JACQUET lit une observation de pelade symétrique par éruption précoce de la dent de sagesse.

Il s'agit d'un enfant de quinze ans, bien constitué, ayant du surmenage intellectuel ; aux vacances de janvier, mal de gorge ; cinq semaines après un disque pela-

dique d'une largeur de 1 franc à chaque extrémité du diamètre bi-pariétal ; séborrhée diffuse du cuir chevelu.

Il y a un commencement d'évolution des deux dents de sagesse inférieures : gros mamelon saillant à sa place avec douleur très vive à la pression, même légère, de leur partie interne et inférieure.

II

MM. HIRTZ et SALOMON lisent un mémoire sur le *zona récidivant*, à propos d'un malade qu'ils ont observé à l'hôpital Laennec.

Il s'agit d'un homme de 67 ans entré à l'hôpital en juillet dernier pour des douleurs de la région de la fesse et de la cuisse droites, s'accompagnant d'une éruption particulière.

Cet homme a eu plusieurs attaques de rhumatisme. Il y a six ans (1895), à la suite de névralgies analogues à celles qu'il présente, il a eu pour la première fois une éruption de zona.

Depuis, chaque année, en février ou mars, névralgies et éruptions semblables.

Après une quinzaine de jours, le malade s'en va guéri.

Il rentre à l'hôpital le 13 février dernier pour un traumatisme du thorax (fracture de côte par chute) ; huit jours après, le 18, douleurs violentes dans la fesse et la cuisse droites, suivi d'une éruption de placard érythémateux, se recouvrant de vésicules.

Les auteurs qui ont observé des cas semblables ne sont pas d'accord sur leur véritable nature ; pour les uns il s'agit de zonas récidivants, pour d'autres, il y aurait lieu de considérer ces éruptions comme des herpès névralgiques récidivants.

Nous ne voyons pas bien l'intérêt de cette distinction.

III

M. COMBY a eu l'occasion d'observer un nouveau cas de *scorbut infantile* analogue à deux autres qu'il a déjà publiés dans les Mémoires de la Société et dont nous avons rendu compte dans l'*Art médical*.

Les trois cas se ressemblent beaucoup. Voici l'histoire du dernier.

Le 24 octobre 1901, on apporte dans le service du D^r Brun un petit garçon de neuf mois et demi, que l'on croyait atteint d'une affection osseuse et que l'on passe à la consultation du D^r Comby.

Les parents sont bien portants. L'enfant, né à terme, a été nourri au sein et au biberon (allaitement mixte) par sa mère pendant les deux premiers mois. Les choses n'allant pas bien, on lui donne de la farine lactée pendant les deux mois suivants, et enfin on le nourrit exclusivement au lait maternisé (un litre un quart à un litre et demi par jour).

Le 11 octobre 1901, la mère remarque un gonflement de la cuisse droite; ce gonflement est douloureux à la pression et dans les mouvements spontanés ou provoqués. En même temps, il y a de la sensibilité à la cheville du pied gauche. Le médecin de la famille croit avoir affaire à un rhumatisme articulaire aigu, et il prescrit du salicylate de soude. Puis il fait des frictions à l'onguent napolitain, pensant à une syphilis osseuse. Il faut dire que la mère, avant d'avoir cet enfant, avait eu une fausse couche de six mois.

Les choses n'allant pas mieux, le médecin croit à une ostéite ou à une fracture et il conduit l'enfant au chirurgien.

C'est sur ces entrefaites que M. Comby est appelé à le voir et il le déclare aussitôt atteint de *scorbut infantile*. En effet, outre l'hématome sous-périosté, l'enfant présente trois dents incisives sorties depuis quinze jours environ (deux supérieures, une inférieure). Quoique ces dents soient encore très petites, les gencives qui les entourent offrent un gonflement insolite et deux ou trois *œchymoses* qu'il est facile de vérifier par un examen attentif. Depuis quelque temps, d'ailleurs, le bébé ne va pas, il maigrit, pâlit, gémit constamment, a des sueurs abondantes, est constipé, etc.

La cuisse droite attire l'attention, quand l'enfant est étendu sur un lit ; elle est énorme (le double au moins de la normale). Il y a un gonflement fusiforme embrassant la diaphyse et allant en diminuant graduellement vers les épiphyses. Ce gonflement, qui fait corps avec l'os, est dur ou plutôt un peu rénitent, mais sans fluctuation. La pression est très douloureuse à ce niveau, et il semble que l'os soit incurvé et crépitant. On pense à une fracture sous-périostée consécutive à l'hématome, mais une épreuve radiographique fort bien faite montre qu'il n'y a pas trace de fracture.

La peau, au niveau du gonflement fémoral, n'est ni œdématiée, ni adhérente, ni chaude, ni rouge. Elle est indemne.

Si le fémur gauche est sain, il n'en est pas de même du tibia gauche, qui présente, à sa partie inférieure, un gonflement douloureux de même nature que le gonflement fémoral. L'enfant présente en outre une fontanelle antérieure largement ouverte, et un chapelet costal. Le diagnostic de scorbut étant évident, M. Comby prescrit le traitement habituel.

Le jour même, le lait maternisé est remplacé par du lait de vache frais et simplement bouilli. Les oranges étant rares à cette époque de l'année et les raisins abondants, on donne à l'enfant trois petites cuillerées à café de jus de raisin par jour.

Le 31 octobre, amélioration évidente. Aux consultations suivantes, amélioration progressive.

Sur les 13 cas publiés en France, 9 sont imputables au lait de Gaertner, qui est le type du lait de conserve.

M. DALCHÉ rapporte un cas analogue chez un enfant de quatorze mois, élevé au lait stérilisé.

IV

(Séance du 14 mars). — MM. BRISAUD et BRÉCY ont observé à l'Hôtel-Dieu un malade de 27 ans, ayant présenté des symptômes de *méningite aiguë* ; bien qu'il n'y ait eu aucun antécédent syphilitique, le traitement spécifique (injections de 4 milligrammes de bichlorure de mercure) amena la guérison.

V

M. SIMONIN lit un mémoire très intéressant et très détaillé sur les rapports du *bacille fusiforme* et du *spirille* de Vincent avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut.

Ces microbes habitent normalement le tartre dentaire, l'enduit lingual, le mucus pharyngé ; ils y restent en parasites indifférents. M. Simonin a observé que, sous l'influence des angines simples ou pultacées, ils pouvaient prendre de l'activité et produire une stomatite ulcéro-

membraneuse secondaire ou une angine ulcéreuse secondaire.

De même dans le cours de la scarlatine, les mêmes micro-organismes peuvent produire des angines ulcéreuses, soit au début de la maladie, soit à une période plus avancée.

Il en est de même dans le cours de la diphtérie, où une infection des microbes de Vincent, peut venir compliquer la maladie primitive.

VI

(Séance du 21 mars). — MM. LERMOYEZ et GASNE ont observé un malade de 48 ans, ne paraissant pas avoir d'antécédents goutteux, qui, dans un état de bonne santé quoiqu'un peu nerveux, est pris, dans la nuit du 4 au 5 mars 1901, d'une sorte d'amygdalite très douloureuse, empêchant presque complètement la déglutition, avec rougeur intense de la gorge, et fièvre légère. Le mal de gorge continue jusqu'au 12 mai, où il disparaît brusquement au moment de l'apparition d'une crise de goutte classique du gros orteil.

Les recherches des auteurs leur ont permis de retrouver quelques observations. Ces angines goutteuses se caractérisent :

1° Par leur début brusque, leur évolution aiguë, leur disparition instantanée ;

2° Par une fièvre vive, avec atteinte profonde portée d'emblée à l'état général ;

3° Par la douleur locale excessivement intense, presque hors de proportion avec les lésions apparentes de la gorge ;

4° Par la tendance à la diffusion de l'inflammation qui s'étend à tout le pharynx, et assez volontiers descend à l'entrée du larynx, à l'inverse des angines banales qui habituellement se cantonnent à l'entrée des deux piliers.

5° Par le caractère essentiellement fluxionnaire des lésions, qui donnent à la gorge une couleur rouge sombre; un aspect œdémateux, gonflent les piliers, épaississent le voile, allongent la luette, tuméfient la paroi postérieure du pharynx.

6 Par l'absence constante d'exsudat.

7° Par l'intégrité habituelle des ganglions angulo-maxillaires.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. DU BACILLE DYSENTÉRIQUE. — II. INFLUENCE DES BAINS CHAUDS, DES BAINS FROIDS, ET DES BOISSONS ABONDANTES SUR L'ÉLIMINATION DES TOXINES PAR LES URINES DES TYPHOÏDIQUES. — III. OBSERVATION SUR LES ANOPHÈLES ET LA TRANSMISSION DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

MM. Rieux et Moreul ont trouvé dans le cours d'une épidémie très grave de dysenterie, qui a sévi dans le Finistère en 1899, un bacille analogue, comme forme, au colibacille et qu'ils considèrent comme propre à la dysenterie. Ce bacille se retrouverait dans la dysenterie des pays chauds.

Ce bacille existe dans les formes même les plus bénignes, mais il est alors associé à des espèces banales et inoffensives.

Dans les formes graves et rapidement mortelles comme dans l'épidémie du Finistère, il existe seul.

Son aspect et ses dimensions sont celles du *bacillum coli* commune. Il affecte souvent l'aspect en navette dans les selles des malades. Il est colorable par toutes les couleurs d'aniline. Il ne prend pas le gram. Sa mobilité est aussi grande que celle du bacille d'Eberth.

Il se développe rapidement, en quelques heures, sur le bouillon. Sur la gélatine il n'y a jamais liquéfaction.

Il fait fermenter le sucre et ne produit pas d'indol.

Les animaux peuvent être immunisés par des injections progressives de ce microbe. Le sérum des animaux vaccinés jouit de propriétés immunisantes et thérapeutiques.

Le sérum des animaux immunisés agglutine nettement le bacille dysentérique, il tend à agglomérer le bacille d'Eberth et il est sans action sur le *bacillum coli*.

Cette communication est intéressante au point de vue de la détermination du bacille de la dysenterie. Les derniers travaux sur ce sujet confirment que le bacille pathogène de la dysenterie est très analogue au *bacillum coli*. Est-ce le *bacillum coli* transformé et doué de propriétés pathogènes spéciales? Est-ce un bacille nouveau?

La première opinion nous semble représenter la vérité, malgré les quelques différences signalées entre le *bacillum coli* et le bacille de la dysenterie.

(Séance du 30 novembre 1901, page 1020).

II

Depuis que les statistiques produites par Chantemesse sur la mortalité des typhiques dans les hôpitaux ont démontré que la mortalité par les bains froids atteignait

le chiffre respectable de 29 p. 100, la méthode de Brand a perdu beaucoup de son intérêt.

Néanmoins, comme les partisans des bains froids ont prétendu que par leur méthode, non seulement ils abaissaient la thermalité mais encore ils facilitaient l'expulsion des poisons qui intoxiquaient les typhiques, il est bon de leur montrer que c'est là une erreur.

MM. Ingelrans et Dehon, considérant leurs malades comme des lots de cobaye, ont divisé leurs typhoïdes en trois catégories. Les uns traités par des bains chauds à 40°, les autres par des bains froids à 25° et, enfin, l'autre catégorie par des boissons abondantes sans balnéation.

Ils concluent de leurs expériences que c'est le régime des boissons abondantes qui, chez les typhoïdes, a le mieux favorisé l'élimination des matières toxiques par l'urine.

La conclusion ressort directement de ces expériences et démontre que les bains froids n'ont pas, au même point que les boissons abondantes, la propriété d'évacuer les toxines du sang et, par conséquent, que ce mode de traitement douloureux pour le malade, dispendieux pour les pauvres, avec une influence très limitée sur l'évacuation des toxines, conduisant à une mortalité de plus du quart des malades doit être rejeté.

Une dernière remarque : Les malades baignés ne recevaient qu'un litre de lait et une bouteille de limonade vineuse, tandis que les malades non baignés absorbaient trois litres de lait et trois bouteilles de limonade vineuse.

Les malades baignés avaient probablement soif, mais pour que l'expérimentation fût exacte on les privait de boissons. Décidément c'est par trop laboratoire.

III

Depuis quelques années, en étiologie, les médecins se sont toqués de l'idée d'expliquer la transmission des maladies contagieuses par les animaux.

Naguère, c'était la tuberculose transmise par les punaises et les mouches. On sait quel bruit on a fait de la transmission de la peste par les rats ; les anophèles et autres culicides sont considérés comme les agents de propagation du paludisme, de la filariose, de la fièvre jaune, de la peste (déjà nommée) et de la lèpre.

La croyance à ce mode de transmission est poussée jusqu'à l'extravagance et fera négliger, je le crains, la rétorsion de l'hygiène qui, jusqu'ici, avait joué un rôle prépondérant dans la propagation de ces maladies.

Aussi bien, comme dans les travaux que nous allons analyser il s'agit seulement des anophèles et de la fièvre intermittente nous restreindrons notre sujet à cette question.

L'anophele maculi pennis propagateur habituel, d'après Laveran, de la fièvre intermittente est extrêmement multiplié dans les régions où la fièvre intermittente a complètement disparu depuis plusieurs années.

Nous avons déjà signalé les travaux de Sergent et des médecins anglais qui ont établi l'existence des anophèles en très grand nombre dans des régions de France et d'Angleterre où les fièvres paludéennes étaient très abondantes autrefois et où on n'en rencontre plus depuis nombre d'années.

M. Raphaël Blanchard a rapporté à la Société de biologie (séance du 30 nov. 1901) un travail établissant le

même fait, dans le centre de la France, aux environs de Lyon.

Dans la séance du 1^{er} mars 1902 de la Société de biologie, M. Laveran a communiqué un travail sur les parasites des anophèles et il espère qu'on trouvera un jour un parasite capable de détruire la race de ces culicides.

Dans la même séance, M. Laveran parlant de la fièvre intermittente et de sa propagation par les anophèles à Diégo-Suarez, rapporte le fait suivant : Les premières pluies de l'hivernage qui signalent l'apparition des anophèles ont paru le 15 décembre et le 20 décembre, c'est-à-dire cinq jours après, la fièvre intermittente éclatait à Diégo-Suarez.

Les travaux sur ce point d'étiologie nous ont appris que la femelle des anophèles, en se gorgeant du sang des malades atteints de fièvre paludéenne, absorbaient en même temps les protozoaires qui sont regardés comme l'organisme pathogène de la fièvre intermittente ; que l'insecte faisait subir à ce sang une élaboration qui avait pour résultat de faire passer le protozoaire dans la salive de l'anophèle. Si on considère que quand un anophèle enfonce sa trompe dans la peau pour y sucer le sang, il arrose la plaie de sa salive afin de l'anesthésier, on comprendra que cette salive infectée de protozoaires communique la fièvre intermittente.

Je ne puis refuser mon admiration à l'ingéniosité de la théorie qui explique la transmission de la fièvre intermittente par les anophèles. Cet enchaînement de phénomènes qui commencent à la prise du protozoaire et se terminent à l'inoculation, a toute la rigueur d'une expérience de laboratoire. Seulement, dussé-je passer pour un esprit chagrin et rétrograde je n'en crois pas un mot, ou pour

parler plus exactement je crois bien que l'anophèle suce le sang du fébricitant, qu'il absorbe le protozoaire, puis-qu'on l'y a trouvé, mais je rejette le reste des explications.

Nous attendons patiemment que les faits viennent pièce à pièce démonter cet échafaudage et quand nous trouvons un cas qui vient saper la légende éditée par M. Laveran, nous le consignons.

Nous demandons à M. Laveran s'il est possible d'admettre qu'en cinq jours les anophèles puissent se développer, rencontrer des paludéens très rares en cette saison, sucer le sang et les protozoaires, faire subir à cet organisme l'évolution nécessaire pour que leur salive puisse transmettre à un individu sain un protozoaire tellement actif pour que la fièvre se développe immédiatement, car je le rappelle, c'est le 15 qu'a commencé la saison des pluies et c'est le 20 que la fièvre intermittente a paru.

Autrefois, nous aurions dit, et je le répète encore, que le poison tellurique inconnu qui s'élève, en certaines saisons, peut produire la fièvre en vingt-quatre heures.

Autre argument. On a signalé, et nous avons rapporté ici, plusieurs régions d'une étendue considérable qui autrefois étaient ravagées par la fièvre intermittente et qui, aujourd'hui, sont complètement indemnes.

Comment s'est produit cet heureux changement?

A-t-on détruit les anophèles en les attaquant dans leurs larves ou ces insectes ont-ils été détruits par le parasite que recherche M. Laveran!

Rien de tout cela!

Les anophèles sont aussi nombreux que jamais, ils continuent à se nourrir du sang de l'homme et M. Ra-

phaël Blanchard rapporte, dans un style imagé et ému, tout ce qu'il a eu à souffrir de ces affreux insectes.

Qu'est-ce donc qu'on a fait pour faire disparaître la fièvre intermittente?

On a défriché, chaulé ou marné, planté de grands arbres, détruit les étangs et les marais. On a, en un mot, fait de l'hygiène. Je ne puis qu'encourager les agriculteurs à continuer leur œuvre et le paludisme diminuera et disparaîtra pendant que les anophèles prospéreront.

D^r WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE DE LANGUE ANGLAISE

HEPAR SULFURIS

Le D^r Selfridge, dans le *Pacific Coast Journal of Hom.*, rapporte avoir guéri un cas de pyélite grave au point que l'opération avait été décidée et un cas d'asthme à l'aide d'Hepar sulfuris. Le symptôme qui l'amena à administrer ce médicament fut celui-ci : Le patient bien que parfaitement couvert dans son lit, malgré de chaudes couvertures se plaint au médecin de ressentir la même sensation que si le vent soufflait sur ses jambes.

La patiente qui souffrait d'asthme, et qui, malgré que l'on fût aux plus chaudes journées d'été, s'enveloppait d'un châle épais, rapportait au médecin qu'il lui semblait sentir un courant d'air entre les deux épaules.

Dans les deux cas Hepar sulph. amena la guérison.

(*Med. century.* Août 1901).

ACTION ÉPILEPTOGÈNE DE NICOTIANA

D'après le Dr Bychowsky la fumée de tabac aurait, dans un cas dont il fut témoin, amené des accès d'épilepsie : cette observation autoriserait à essayer le tabac ou la nicotine dans cette affection.

KALI CARBONICA

Une femme de 50 ans, souffrant depuis cinq ans d'un rhumatisme qui l'empêchait de se livrer à son travail, de monter les escaliers et la forçait à se lever deux ou trois heures avant minuit à cause des douleurs qui empêchaient tout sommeil, fut complètement guérie en six semaines par Kali carbonica 2 X. (*Id. Id.*).

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE ET DE SES MALADIES (Résumé).

Une des plus fréquentes complications de la grossesse est l'irritabilité nerveuse réflexe de l'estomac ou les vomissements matinaux ; ils apparaissent le plus souvent de la quatrième à la sixième semaine, mais parfois aussi beaucoup plus tard ; autres complications : la constipation et ses suites, puis l'albuminurie avec œdème des jambes, ou œdème généralisé, l'urémie, l'éclampsie. Comme traitement d'abord la diète :

: Quelques personnes ont un désir pressant pour certains aliments : il faut contenter leur goût autant qu'on le peut sans trop nuire au régime, parce que cela soulage l'irritabilité nerveuse.

Toutes les formes d'exercices modérés sont à encourager et il faut accorder à la patiente autant de distractions qu'on peut.

Stimuler le fonctionnement de la peau par des bains :

un bain chaud trois ou quatre fois par semaines suivi chaque fois d'une douche froide et d'une friction énergique avec une serviette rude.

: Examiner les urines chaque mois pendant la première moitié de la grossesse et deux ou trois fois par mois, même plus fréquemment durant de dernière moitié :

La patiente devra de bonne heure abandonner le corset et les vêtements portés très larges devront être soutenus aux épaules.

Comme remèdes il faut mentionner :

: *Arsenic* à donner pour les symptômes locaux ou constitutionnels par intervalles durant la grossesse : la patiente est pâle, aspect cadavérique, vomit les liquides aussitôt qu'ils entrent dans l'estomac et cela est spécialement vrai de l'eau froide ; prostration et sensation de frilosité ; désire être fort couverte ; agitation ; brûlure à l'estomac.

Nux vomica gouverne les réflexes spinaux, et agit sur le plexus solaire, régularise le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin, vomissements bilieux amers, éructation de nourriture ; constipation mais avec fréquents besoins d'aller à la selle : la patiente est nerveuse et irritable ; alternatives de constipation et de diarrhée.

Mercur. Langue blanc-sâle ; gencives gonflées et douloureuses ; écoulement constant de salive visqueuse ; pyrosis et vomissements bilieux.

Phosphorus et calcarea carbonica sont mentionnés comme de bons remèdes.

Caulophyllum durant les derniers mois prépare la patiente à l'acte de la parturition.

Un autre remède serait *magnesia phosphorica* et le symptôme spécial qui l'indique serait : crampes dans les

membres et dans la région fessière ; symptôme fréquent et qui indiquerait donc l'usage fréquent de magnés. phos.

Le lactate de strontium (15 gouttes de la première dilution décimale) donné quatre ou cinq fois par jour serait aussi un remède à recommander. (*Id. Id.*)

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES BAINS DE MER ET DES VOYAGES EN MER. (Rapporté et adopté d'après le Manuel de Thérapeutique physique de W. A. Dewey).

Contre-indications du bain de mer :

1° Débilité prononcée résultant de la constipation. Le bain de mer — et ce devra être un bain très court — ne sera permis que par les temps tout à fait calmes et avec une mer tranquille.

2° Grande faiblesse et irritabilité du système nerveux après une maladie aiguë. Ici l'air de la mer sera utile, mais non le bain de mer.

3° Toute personne qui souffre d'une maladie organique du cœur devra aussi se voir interdire le bain de mer.

4° Le bain de mer constitue encore un danger lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de dégénérescence athéromatieuse des artères.

5° Il faut interdire les bains à tous ceux qui sont sujets à des accès de défaillance.

6° Les bains de mer sont dangereux dans l'angine de poitrine.

7° L'épileptique devra ou renoncer aux bains de mer ou ne les prendre qu'avec un compagnon.

8° Le bain de mer est préjudiciable quand il existe un catarrhe chronique de l'estomac ou de l'intestin et aussi

dans toute affection dyspeptique existant chez une personne excitable.

9° Dans plusieurs maladies de la peau et entre autres l'eczéma, le bain de mer est nuisible.

10° L'interdire encore à tous ceux qui souffrent de troubles de nature goutteuse.

11° Certaines maladies de l'oreille sont aggravées par les bains de mer. Il est quelquefois difficile de protéger l'oreille.

12° Les âges extrêmes de la vie, la vieillesse et le bas-âge sont enfin une contre-indication au bain de mer.

Indications.

1° La faiblesse de l'organisme quand elle est produite par une influence (externe) déprimante.

2° Susceptibilité de la peau, au point d'amener des rhumes continuellement.

3° Les affections scrofuleuses (tuberculeuses) de différentes sortes, et surtout affections des glandes, des articulations, des os et de la peau retireront souvent le plus grand avantage du bain de mer.

4° Dans le rachitisme, le bain de mer sera aussi d'un précieux secours.

5° Le rhumatisme chronique musculaire et tendineux, spécialement lorsqu'il y a une grande sensibilité de la peau, seront aussi justiciables du bain de mer.

6° Le bain de mer mais sous certaines conditions et avec les restrictions convenables, sera un excellent moyen thérapeutique dans un grand nombre d'affections du système nerveux.

7° Les cas d'anémie amèneront un fort contingent pour le bain de mer et la cure d'air marin.

8° Très souvent enfin nous verrons les bains de mer

amener un excellent résultat chez les convalescents de pleurésie ou de pneumonie et aussi à la première période de la tuberculose pulmonaire : il est superflu d'ajouter qu'il faudra dans ces circonstances user des plus grandes précautions.

— Voyages en mer.

On peut les recommander.

1° A ceux qui aiment la vie en mer et sur des navires convenablement appropriés.

2° A ceux qui souffrent de tuberculose pulmonaire mais à la première période — on ne pourra que rarement les permettre à la seconde et à la troisième période et seulement chez les malades de constitution robuste.

3° A ceux qui sont atteints de tuberculose des os, des articulations et des glandes et pour ces deux dernières classes d'affections le voyage en mer est aussi un prophylactique.

4° Les troubles catarrhaux chroniques du système respiratoire sont très favorablement influencés par un voyage en mer dans les régions chaudes pendant la mauvaise saison de nos pays.

5° L'asthme dans certains cas.

6° La fièvre des foins, un voyage en mer à la saison des foins évitera les accès.

7° Chez les sujets fréquemment atteints de rhume et à peau susceptible.

8° Les affections rhumatismales chroniques sont presque toujours soulagées et quelquefois guéries par un voyage, sous les tropiques.

9° Exceptionnellement dans les cas de goutte.

10° Les troubles de nature malariale sont très souvent

influencés favorablement : il en est de même des différentes cachexies.

11° Dans la convalescence des maladies aiguës : un voyage en mer, s'il n'est pas de trop longue durée, sera d'un excellent secours.

12° Le catarrhe chronique de la vessie et de l'urèthre est encore justiciable du voyage en mer.

13° La perte d'appétit et la faiblesse ou atonie des organes digestifs avec évacuation consécutive sont fréquemment rétablies par ce moyen.

14° Il est utile dans les cas d'impuissance simple.

15° Enfin on peut encore en user avec grand avantage dans plusieurs affections nerveuses, spécialement dépression de l'esprit par suite de surmenage, tracas des affaires, pertes, contrariétés, — dans les affections mentales il est plus rare d'en retirer quelque bénéfice; mais il s'est montré efficace dans la dipsomanie et l'ataxie locomotrice.

Contre-indications du voyage en mer :

1° Disposition prononcée au mal de mer.

2° Une aversion invincible pour l'alimentation trop simple.

3° Faiblesse constitutionnelle surtout congénitale.

4° Les affections du cœur en règle générale.

5° L'athéromasie des vaisseaux sanguins.

6° La disposition à la fièvre surtout au plus léger trouble.

7° La tuberculose pulmonaire avancée, excepté dans des cas anciens et stationnaires.

8° Une grande tendance aux hémoptysies.

9° Le glaucome et l'impossibilité de supporter la lumière vive.

10° L'agitation durant les voyages.

11° L'épilepsie.

12° La mélancolie.

13° Toutes les affections mentales avec tendance au suicide.

14° La tendance aux accès périodiques de manie et autres formes de vésanie.

15° Enfin le voyage en mer est excessivement nuisibles à ceux qui souffrent de désordres intestinaux ou pelviens.

16° Et dans le diabète.

(*Medical Century*)

D^r WANKENNE.

REVUE DE LA PRESSE DE LANGUE ALLEMANDE

PATHOGÉNÉSIE DE VISCUM ALBUM.

Le D^r Laville a trouvé dans le Gui deux principes actifs : la viscine, substance molle d'un jaune bleu, amère et nauséabonde, et la résine du gui, sorte de poix bleuâtre et sucrée.

La résine du gui, employée à la dose de deux grains sur la langue d'un chien, a produit un accès épileptiforme qui, annoncé d'abord par des contractures des muscles du dos et du ventre, un saut en l'air de l'animal et quelques pas titubants, se termina en une vraie crise qui dura une demi-heure, et fut suivi d'un sommeil d'environ vingt heures.

Ozanam prétend que toutes les viscines ont une action thérapeutique efficace dans la chorée, l'épilepsie, l'hydro-

phobie, à la dose de 2 à 4 centigrammes le matin à jeun. Le gui de l'épine blanche a, plus que tous les autres, un pouvoir comparable au *Secale cornutum* sur l'utérus, dans l'inertie de cet organe. Le gui du chêne est spécialement actif dans l'épilepsie du cheval. Chez les herbivores atteint de cette névrose, on dépose sur la langue une quantité de cette résine du gui, proportionnée à la grosseur de l'animal.

Le camphre et le china sont les antidotes du viscum.

Guérison de la chorée par Viscum album.

I. Un enfant de 14 ans, atteint de chorée avec grimaces, agitation des membres, surtout en présence des étrangers fut présenté au Dr Wilde de Winchester. C'était un perpétuel mouvement des mains, des genoux, de la bouche, des yeux, du cou. Il ne pouvait pas écrire lisiblement, et sa figure prenait une expression des plus comiques.

On lui donna, pendant trois semaines. *Hyosciamus*, *Cuprum*, *Ignatia*, sans le moindre résultat. On confia alors à la mère 30 grammes de teinture de *Viscum alb.* avec la prescription d'en faire prendre V gouttes, trois fois par jour, avant le repas. Au bout de deux jours, amélioration notable; après huit jours, les mouvements convulsifs ne paraissent qu'en présence des étrangers.

On continue la médication, l'écriture de l'enfant ne donne plus que quelques traces d'hésitation et, au bout de quatorze jours, on put voir par ses lettres qu'il avait recouvré le sens musculaire.

II. Un enfant de 7 ans, d'aspect scrofuleux, et sujet aux affections cutanées, reçut une contusion violente sur la joue, par le fait d'un ivrogne. Le professeur de l'enfant remarqua d'abord les mouvements nerveux dans les mus-

cles de la face. Comme le Dr Wilde avait trouvé dans ses selles des ascarides, il ordonna Ignatia. L'aggravation du mal, qui envahit tous les membres, et donna au visage une expression d'idiotie, troublant les mouvements de la langue, et l'articulation des mots, empêchant le sommeil, résista à l'emploi de Belladone et à celle d'Hyosciamus et de Stramonium.

L'emploi de la teinture de Viscum, à la dose d'une ou deux gouttes, fut sans succès. On employa alors la teinture à la dose de XV gouttes quatre fois par jour et le succès parut aussitôt.

(*Allg. homoop. Zeitung*, février 1902).

SOLANUM LYCOPERSICUM, étude par le Dr Herbert A. Roberts.

Le produit employé est une teinture obtenue par macération du fruit mur, pulpe et grains réunies.

Symptômes psychiques. Activité insolite, suivie de longs intervalles de paresse.

Sensorium : Vertiges, désir d'inaction. Irritabilité.

Intérieur de la tête : Douleur pressive et sourde, interrompue dans le sommeil par des tiraillements violents et subits ; douleur dans la tête par la toux — comme si un ongle s'enfonçait dans la paroi droite du crâne. Douleurs rayonnant dans toute la tête, puis persistant dans les yeux et les joues ; contraction des pupilles.

Le cuir chevelu est particulièrement sensible au toucher.

Yeux : Semblent lourds, comme gonflés et paralysés. Le globe oculaire est comme tirillé, la lumière impressionne les yeux, qui doivent cligner pour mieux voir. Les lettres semblent confondues, les yeux pleurent s'ils travaillent de près.

Nez : Écoulement qui ulcère les ailes du nez, donnant

un liquide salé. Coryza avec liquide blanc, épais. Prurit dans la cavité nasale antérieure, aggravé par l'inhalation de la moindre poussière; amélioré par le séjour à la chambre.

Bouche : Prurit et élancements dans les amygdales; mauvais goût à la bouche. Langue chargée d'un enduit blanc, surtout au milieu.

Cou : Déglutition douloureuse; muqueuse du pharynx pâle, la luette et les amygdales rouges et enflammées. Brûlure au côté droit du cou, qui passe au côté gauche. Soif intense.

Hypochondres : Gêne dans le côté droit, douleur fugitive dans la région du foie.

Ventre : Sécrétion abondante de gaz avec le goût des aliments. Brûlure à l'estomac le soir. Amas de gaz abdominaux. Selles brunes, jaunes, écumeuses, sans effort ni douleur.

Organes urinaires : Écoulement continu de l'urine, à l'air froid seulement. Urination la nuit; l'urine est augmentée, mais non sa densité.

Voix : Raucue vers le soir.

Toux et poitrine : Toux profonde, la douleur de poitrine due à la toux va au sommet. Enrouement causé par une irritation persistante du larynx. Toux sèche, agaçante, ne laissant pas dormir la nuit. Pression au niveau du lobe inférieur du poumon droit. Expectoration le matin, et encore plus dans la journée.

Cœur et pouls : Pouls à 100, fort et plein. Douleurs aiguës pongitives dans la région du cœur. Sensation de paralysie dans cette région.

Cou et nuque : Douleur vive dans tout le dos, surtout les hanches. Cette douleur succède parfois au mal de tête.

Ne trouve pas de bonne position. Gêne vers l'omoplate droite. Douleur de rhumatisme à l'insertion vertébrale du trapèze.

Membres : Vives douleurs dans tous les muscles. Fatigue, épuisement comme de paralysie. Dans les muscles des membres supérieurs et inférieurs droits.

Sommeil : Très agité par de mauvais rêves.

Fièvre : Sueur par la faiblesse et limitée à la région vertébrale. Sensation de froid précédée de soif intense; froid et sueur.

Localisation de l'action du médicament : Côté droit, puis passage à gauche, avec moindre intensité.

Aggravation : A l'air extérieur; au mouvement, surtout quand il va croissant. Le bruit agace particulièrement et augmente les douleurs.

Amélioration : A l'air chaud, dans la chambre.

(Extr. de l'*Allg. homoop. Zeitung.*, 13 mars 1902).

D^r PICARD.

VARIÉTÉS

147^e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN

Le samedi 12 avril les homœopathes parisiens se réunissaient, dans les salons du restaurant Marguery, sous la présidence du D^r Parenteau, président de la société française d'homœopathie, pour fêter la mémoire de Hahnemann.

M. Descaves, de l'*Echo de Paris* et M. Capelle, du *Gaulois*, représentaient la presse politique.

La province était représentée par le D^r Vannier, de Rouen et le D^r de Perry fils, de Bordeaux.

Voici les toasts qui ont été portés...

D^r PARENTEAU :

Messieurs,

Comme écrivait un jour un de mes bons amis, — rimailleur de naissance, et confrère de profession :

Si les agapes les meilleures
Durent des heures,
Par contre les meilleurs discours
Sont plus courts.

Partant de ce principe, qui est vrai toujours, mais qui l'est surtout, lorsqu'il s'agit d'un orateur qui, en fait d'éloquence, a surtout de la bonne volonté, je nous aurais très volontiers fait grâce de tout mon toast ? Malheureusement la chose ne m'est pas possible. — Comme noble, paraît-il, présidence oblige et, coûte que coûte, il va falloir, moi, que je vous dise, et vous, que vous veuillez bien écouter, — ou tout au moins que vous fassiez semblant d'écouter... — les quelques dithyrambes professionnels que comporte naturellement tout banquet hahnemanien.

Rassurez-vous d'ailleurs ; je m'efforcerai d'être aussi bref que possible.

A quel titre, Messieurs, envisagerai-je, ce soir, notre maître Samuel Hahnemann ? Et quelle sera la rubrique du toast que je vous demanderai tout à l'heure de vouloir bien porter à la santé de sa gloire — qui du reste n'en a pas besoin !

Comme tous mes devanciers immédiats qui, je me

plais à le reconnaître, s'en sont fort bien tirés, pour la plupart, j'ai naturellement cherché à ne pas faire trop banal. Mais, après tant et tant de panégyriques successifs, la besogne commence à devenir singulièrement ardue et il est bien difficile de trouver de l'inédit.

Étant donné ma spécialité, l'idée me vint, — cela va de soi. — de chercher s'il ne me serait pas possible de célébrer Hahnemann oculiste.

Au premier abord, la chose semble un peu paradoxale; néanmoins l'idée me plut. — Restait à savoir si la réalisation en était possible; — je m'informai.

Et comme l'irrespectabilité gauloise, — autrement dit la blague — ne perd jamais ses droits en notre bon pays de France, un mien confrère, que j'interviewais à ce sujet, m'assura très gravement qu'Hahnemann, en effet, avait dû être un très grand oculiste, attendu que doué — comme nous tous d'ailleurs — d'un grand fonds de philanthropie, il avait, toute sa vie durant, prodigué sans compter son expérience et ses lumières, et donné, à tout venant, de très nombreuses consultations.... à l'œil...

Cette preuve, un peu trop charentonnesque, ne me suffisant pas, et pour cause, je finis par où j'aurais dû commencer, c'est-à-dire que je me décidai à interviewer Hahnemann lui-même.

Je vous avouerai, toutefois, que ce ne fut pas sans une certaine appréhension.

Hahnemann, en effet, vous ne l'ignorez pas, Messieurs, publia la plupart de ses ouvrages à une époque où l'ophtalmoscope n'existait pas encore ou, du moins, était encore très peu connu, puisque Helmholtz ne le découvrit qu'en 1835.

Or, si l'absence de ce petit *verre* de l'œil — comme

on l'a appelé depuis — rendait forcément plus obscure pour notre maître la nuit de ses investigations, avouez que j'aurais eu mauvaise grâce à lui en faire un crime et à rééditer à son endroit l'apostrophe célèbre de ce ministre espagnol qui, rappelant un incendie de l'Escorial, par la foudre, en 1603, regrettait que les architectes de ce monument n'eussent pas songé à le doter de paratonnerres.

Mais de ce que Hahnemann, privé du secours de ce merveilleux petit instrument, avait forcément dû limiter le champ de ses recherches, s'ensuivait-il nécessairement qu'il n'eut pas été un oculiste, dans la pure et scientifique acception du mot ?

Je ne le pensai pas, Messieurs, et je crois que j'eus raison.

En relisant en effet les admirables pages qu'il nous a laissées sur tant de médicaments, que vous connaissez tous comme moi et dont je ne vous ferai pas l'énumération, n'ayant pas la prétention de vous faire ici un cours de thérapeutique, rassurez-vous, j'ai pu me convaincre qu'Hahnemann avait été, non pas seulement un oculiste, mais bien l'idéal des oculistes passés, présents et à venir, en ce sens que, médecin avant tout, il avait surtout cherché à faire de la médecine, reléguant au second plan — comme c'est notre devoir à tous — la chirurgie.

Ne me faites pas les gros yeux, mon cher Manson ; non plus que toi, mon vieil ami Le Bec. La chirurgie — dont j'ai l'air de faire ici le procès, est un art que vous pratiquez tous les deux d'une façon merveilleuse, chacun sait ça — que je pratique moi-même, à l'occasion, du mieux que je puis, que je respecte, que je vénère, dans son immanente utilité. Mais enfin, vous me permettrez bien, j'espère, d'être un peu, beaucoup de l'avis de cette coquette

du grand siècle, sur le cas que l'on doit faire de notre corps? « Guenille si l'on veut, ma guenille m'est chère! »

Et j'estime que, jusqu'à plus ample informé, la conservation, aussi complète que possible, de ce qui constitue notre enveloppe charnelle, doit être le but primordial et constant de tous les médecins en général, et des oculistes en particulier, puisqu'en somme ils soignent un organe auquel on tient généralement, dit-on, comme à la prune de ses yeux.

Après le menu si digeste, auquel vous venez de faire honneur, ce serait un véritable crime que de vous imposer l'indigeste hors-d'œuvre d'un cours de médecine comparée, et ce crime, je ne le commettrai pas. Mais en présence des traitements allopathiques actuels, je me sens parfois si fier d'être un disciple de Hahnemann que vous me pardonnerez, j'en suis sûr, si je ne résiste pas au désir de crier bien haut cette supériorité thérapeutique de notre Ecole sur l'Ecole adverse.

Que reste-t-il, en effet, Messieurs, aux oculistes allopathes, lorsqu'ils ont épuisé le mercure, l'iodure de potassium, le bromure de potassium, le salicylate de soude, le sulfate de quinine et les deux ou trois autres médicaments à tout faire, qui constituent le fond de leur matière médicale, en présence des deux ou trois cents affections diverses de l'œil?

Ce qui leur reste? oh mon Dieu! pas grand'chose, sinon, pour les cas simples, l'arsenal, très compliqué celui-là, des topiques externes, et pour les cas plus sérieux, l'arsenal, non moins compliqué, des instruments piquants, coupants ou contondants, dont ils usent, et abusent parfois, pour le plus grand dam de leurs malheureux patients.

Je ne voudrais pas, Messieurs, que vous puissiez m'accuser d'exagération ou de partialité.

Mais pour ne vous citer qu'un seul fait, pris entre mille, savez vous combien, bon an mal an, l'on pratique d'énucléation des yeux, à la Clinique nationale des Quinze-Vingts? Cela varie de 125 à 150, 175 et plus. Mais mettons 100 seulement, pour faire un chiffre rond. En vingt ans, cela fait 2.000.

Or voulez-vous savoir combien, durant le même laps de temps, pour une pratique qui comprend non seulement mes malades de cabinet, assez nombreux, je crois, mais aussi mes malades d'hôpital, nombreux également, mais encore mes malades de clinique, excessivement nombreux ceux-là, puisque, pour ne parler que de la clinique d'enfants de la rue Ordener, fondée par mon vieil ami Love, nous avons durant les cinq premières années, donné — chiffre officiel, — le total assez joli de 144.000 consultations gratuites, — savez-vous, dis-je, combien de cas j'ai rencontrés où l'énucléation de l'œil pouvait paraître indiquée? Quatre ou cinq tout au plus et en tous cas pas dix.

Or vous m'avouerez que de 10 à 2.000 la proportion n'est vraiment pas gardée!

Je m'aperçois, Messieurs, qu'en dépit de mes bonnes résolutions d'être bref, je commence à être singulièrement long. Je vous en demande pardon, et je termine :

N'avais-je pas raison de vous dire que si le véritable oculiste est celui qui soigne les yeux et non celui qui les pique, les coupe, les contond, et finalement les énuclée, Hahnemann a véritablement droit à ce beau titre, puisque toujours il a songé à soigner, avant de laisser opérer, à conserver, avant de laisser détruire.

Disposant de moyens en somme très précaires, il a, grâce à son génie, réussi à nous doter sur un grand nom-

bre d'affections oculaires, de notions très précieuses parce qu'elles étaient très précises, et le premier surtout, ne l'oublions pas, Messieurs, il a eu ce grand, cet inestimable mérite de faire, à une époque relativement peu avancée, ce que nos meilleurs oculistes commencent bien timidement à tenter, à savoir de considérer la cataracte comme une maladie, au même titre que toutes les autres maladies de l'économie, et de la soigner au lieu d'en faire un prétexte à opérations rémunératrices.

Voilà pourquoi, Messieurs, quelque paradoxal que j'aie pu vous paraître au début de mon discours, vous n'hésitez pas, j'en suis certain, à lever avec moi votre coupe en l'honneur de Samuel Hahnemann mon premier, et je dirai plus, mon meilleur maître, en ophtalmologie.

D^r P. JOUSSET :

A l'évolution de nos doctrines

Messieurs,

Après ce toast plein d'humour et d'esprit, je crains de tourner à l'ennuyeux d'autant plus que je vais commencer par une distinction grammaticale.

Evolution n'est pas synonyme de changement. Changer c'est laisser une chose pour en prendre une autre. Evoluer, comme l'indique l'étymologie de ce mot, exprime l'action de dérouler et au figuré de développer. Ce n'est donc pas à l'abandon de nos doctrines, mais à leur développement, à leur évolution.

Messieurs,

Les doctrines seules vivent, progressent, évoluent. Les systèmes ne vivent que par leur auteur et leur terminaison est la mort.

Voyez Broussais quand il eut décrété que toute la pathologie se résumait en deux maladies : la gastro-entérite aiguë et la gastro-entérite chronique et que la thérapeutique était contenue tout entière dans la médication antiphlogistique. Quand, à force d'énergie, je dirai même de génie si vous voulez, il eut fait régner cet enseignement non seulement en France, mais dans le monde entier, il mourut. Et quoiqu'un siècle à peine se soit écoulé depuis ce temps, je vous défie de trouver un Broussaisien.

Les doctrines présentent une évolution bien différente.

Hippocrate a formulé une doctrine thérapeutique qui repose sur le principe de la nature médicatrice et distingue deux lois d'indication : la loi des contraires et la loi des semblables.

Hippocrate est mort, il y a bientôt 2500 ans. Non seulement doctrine a survécu, mais j'ajoute qu'elle n'a jamais autant remué les esprits qu'à notre époque.

Et cependant, la doctrine thérapeutique d'Hippocrate contenait une loi d'indication : la loi des semblables absolument inapplicable, en sorte que cette doctrine est restée à l'état latent jusqu'à Hahnemann. Et pendant cette longue période de temps, la loi des contraires a régné en souveraine et la thérapeutique, sous cette influence néfaste s'est débattue dans l'hypothèse, la contradiction et l'absurde.

Dire qu'elle a été impuissante, ce n'est pas assez. Elle a été meurtrière et dans ces temps là définir la médecine l'art de guérir était une amère ironie.

Mais qui donc a changé la face des choses, a fait d'une thérapeutique hypothétique et malfaisante, une thérapeutique scientifique efficace ? C'est Hahnemann !

Cet homme de génie a compris que deux choses étaient nécessaires à l'application de la loi des semblables : la con-

naissance d'action des médicaments sur l'homme sain, et il a fondé la matière médicale expérimentale ; l'atténuation des doses et il a poussé cette atténuation jusqu'à l'infinitésimalité ;

Gloire donc à Hahnemann qui a donné la vie au *similia similibus* et fondé la thérapeutique moderne.

Mais, messieurs, la vitalité de notre doctrine ne s'est point épuisée dans l'œuvre de Hahnemann et son évolution continue.

Comme Hahnemann, Pasteur a expérimenté des substances médicamenteuses ; comme lui, il les a atténuées jusqu'à l'infinitésimalité.

Reconnaissons donc dans la sérumthérapie une déduction logique de l'œuvre de Hahnemann. Ne pas le reconnaître serait une erreur, ce serait une faute.

Qu'on découvre, et l'hypothèse peut se réaliser d'un moment à l'autre, pour le traitement de la pneumonie, de la fièvre typhoïde et des autres maladies microbiennes un sérum analogue à celui des tétanos, de la rage ou de la diphtérie, à quoi serviront nos médicaments.

Entrons donc résolument dans le mouvement. A côté de la loi des semblables, inscrivons la loi des contraires dans ce qu'elle a de légitime. A côté de la 30^e dilution, la dose pondérable : *omni dosi*.

Buvons donc à l'évolution dans le passé, à Hahnemann ; à l'évolution dans le présent, à Pasteur, et enfin à l'évolution dans l'avenir.

D' LÉON SIMON :

Messieurs,

Il n'est peut-être pas très opportun de parler festin après la poire et le fromage, cependant c'est un banquet qui est l'occasion de mon toast, le banquet dans lequel on

fêtera, le mois prochain, le centenaire de l'internat des hôpitaux de Paris.

Vous n'attendez pas de moi un panégyrique de cette merveilleuse école de travail, de dévouement, de confraternité et de fidélité au devoir professionnel. Ce qui nous intéresse, nous homœopathes, c'est que plusieurs d'entre nous, et non des moindres, sont sortis de cette pépinière dans laquelle se forme l'élite du corps médical. J'ose ajouter qu'ils lui font honneur, puisque l'interne Pierre Jousset a remporté la médaille d'or. Il ne manque pas d'anciens internes autour de cette table. Dans le nombre, je salue en passant nos camarades Marc Jousset et Cartier et, par-delà le présent, mon souvenir reconnaissant se reporte vers Davasse, Frédault, Ozanam, Milcent, Gabalda, Viollet (qui fut, je crois, le dernier interne de Tessier) et la pléiade de l'*Art Médical*. Ils ont laissé une trace lumineuse, qui éclaire un peu les ombres du passé et qui dirige leurs survivants dans la voie qu'ils ont ouverte.

Nous aussi, nous avons nos hôpitaux, nous avons nos internes et notre histoire a franchi l'étape des jubilés pour parcourir celle des centenaires. Atteindra t-elle celle des millénaires? Je n'ai pas de raison pour en douter, mais, vous et moi, nous sommes tellement désintéressés dans la question qu'il est inutile de la poser. Tenons-nous en donc aux centenaires. Celui d'Hahnemann est déjà loin, celui de la première énonciation de la loi des semblables appartient aussi au siècle dernier; quant à celui de nos hôpitaux, il n'est pas assez prochain pour que beaucoup d'entre nous puissent se flatter de le célébrer. Enfin il est un centenaire dont j'aimerais que vous fussiez les témoins, c'est celui de votre propre naissance. Le vœu n'a rien d'utopique, car un homœopathe qui s'était fixé à Londres, Wiolobyehi, n'a quitté ce monde qu'à l'âge de cent un ans.

Laissez-moi donc, mes chers confrères, souhaiter à chacun de vous une existence aussi remplie d'années que de bonnes actions. C'est de tout cœur que je bois à votre longévité : *ad multos annos*.

Dr DE PERRY :

Messieurs,

Bien souvent vous avez entendu prononcer ces trois mots, connus tout comme une devise célèbre : « le midi bouge » ; et pourtant depuis longtemps jamais aucun représentant de l'homœopathie dans le Sud-Ouest n'était venu assister à vos agapes fraternelles. Le Midi, en dépit de ses apparences éminemment mobiles, ne bougeait pas!..

Aussi ai-je tenu cette année à vous prouver que notre bonne ville de Bordeaux, une des capitales du Midi intellectuel, ne voulait pas rester dans l'ombre, et c'est moi le dernier venu dans l'homœopathie, qui ai reçu la troublante mission — le grand honneur — de représenter mes confrères au banquet du 147^e anniversaire de Hahnemann.

Vous auriez pu croire, que dédaigneux du Progrès, nous végétions dans les ornières habituelles d'une pratique vieillotte, que nous ne portions pas intérêt au développement de notre doctrine : c'eût été méconnaître vos efforts et vos travaux, Messieurs; c'eût été méconnaître notre attachement et notre admiration.

Nos enthousiasmes scientifiques vont, au contraire, sans cesse vers vous ; nous lisons vos écrits, nous enregistrons toutes vos victoires, pour en faire notre profit; nous applaudissons à vos découvertes, nous partageons vos idées. Et marchant derrière vous, nous cherchons à faire triompher notre doctrine, à qui toujours, en désespoir de cause, l'on vient demander des miracles!

Grâce à notre dévoué pharmacien — je tiens à lui

rendre publiquement cet hommage — nous avons depuis longtemps un dispensaire honorablement connu, où viennent en foule les malades les plus divers et les plus intéressants : c'est là notre meilleur moyen de propagande.

Mais je ne suis pas ici pour vous parler de nos modestes travaux : je suis venu pour affirmer notre solidarité, pour vous prouver notre constante communion d'idée et de sentiments, pour vous dire que Bordeaux demeure toujours fidèle à l'homœopathie et que les médecins de notre région travaillent vraiment, mettant ainsi en pratique le conseil donné ici même, il y a quelques années par notre vénéré doyen. *Laboremus*. Nous demeurons de la sorte les continuateurs de l'œuvre entreprise par les Marchant, les Bourges, les de Bonneval !...

Je bois donc, Messieurs, à notre maître Samuel Hahnemann, je bois à notre union, je bois à tous les médecins homœopathes de France !

D^r MARC JOUSSET :

Messieurs,

Je vous propose un toast à la presse politique et à ceux de ses membres qui ont bien voulu accepter notre invitation.

Nous sommes rentrés cette année dans une de nos traditions en conviant des journalistes à notre banquet annuel.

Je suis heureux de saluer un de nos hôtes accoutumés, M. Capelle, qui représente parmi nous le Gaulois.

Tous nos confrères homœopathes, non seulement ceux qui sont présent ici ce soir, mais ceux malheureusement trop nombreux que leurs occupations, leur santé ou leur indifférence ont empêché de se joindre à nous, tous nos confrères homœopathes, dis-je, sont de cœur avec moi pour

remercier M. Descaves d'avoir bien voulu être des nôtres ce soir. Tous connaissent cet écrivain éminent; tous lui sont reconnaissants pour l'article si remarquable, si documenté, qu'il a publié dans l'*Echo de Paris* sur Hahnemann le 5 août 1900, à la fin de notre Congrès international, au lendemain de l'inauguration du tombeau de notre maître au Père Lachaise.

Aux représentants de la presse.

D' LOVE :

Messieurs,

Il n'est pas un d'entre vous qui, le matin, en ouvrant l'œil, ne demande immédiatement son journal, avant même d'avaler le thé ou le chocolat qui lui permettra l'ascension des nombreux étages de la matinée. Vous êtes tous au courant des faits et gestes de tous les personnages qui composent la vie parisienne, et je ne vous apprendrai rien en vous disant qu'il y a eu récemment beaucoup de bruit à la Comédie-Française. Un ministre audacieux avait, d'un trait de plume, enlevé à Messieurs les comédiens ordinaires de la République, une de leurs prérogatives, et de plus il avait engagé les chefs d'emploi à céder un peu leurs rôles à de plus jeunes. Selon le point de vue où l'on se place, cela s'appelle « le rajeunissement des cadres », ou « ôte-toi de là que je m'y mette ». Eh bien, Messieurs, sans l'intervention d'aucun ministre, les mêmes circonstances se produisent ici. Nous avons parmi nous un confrère aimable entre tous qui, depuis des années, remplissait à chacun de nos banquets un rôle qu'il tenait sans partage et, je dois le dire, à la satisfaction complète du public. Depuis des années, sous prétexte qu'il habite Versailles, notre confrère Conqueret jouait ici le rôle de « la Province ». Tous les ans, à l'heure des

toasts, l'un de nous se levait et la coupe en main, souhaitait la bien venue à la Province. Aussitôt, Conqueret se levait à son tour et, en termes émus, remerciait. Eh bien, depuis deux ou trois ans, la révolution s'est opérée. Conqueret n'est plus chef d'emploi ! Il y a d'autres confrères qui partagent le rôle ; et lorsque nous portons un toast à la Province, nous ne savons pas si c'est le Nord ou le Midi qui va bouger. Aujourd'hui c'est le Midi.

Heureusement, il n'en va pas de même ici qu'à la Comédie, et il n'y aura ni pleurs ni grincements de dents. Conqueret lui-même se félicite, j'en suis sûr, d'être aussi honorablement *doublé*, comme on dit en argo de théâtre, et il se joint certainement à moi pour souhaiter la bien venue, non plus à la province, mais à toutes les provinces.

D^r CARTIER :

A nos morts !

Au milieu des réjouissances occasionnées par l'anniversaire de la naissance de notre maître Hahnemann, je dois malheureusement jeter la triste note en évoquant le souvenir de nos morts. Plus que tous autres, nous sommes solidarisés par la même croyance et par la même foi, et comme nous sommes une même famille, nous devons partager nos peines comme nos joies.

Il fut des années heureuses où, à ce banquet, nous pûmes nous passer d'évoquer la mémoire des défunts ; malheureusement, cette année, les vides ont été cruels en nombre et en qualité. Je ne comptais certes pas prendre la parole ce soir à ce banquet, lorsque je reçus un mot de mon collègue le D^r Simon, m'annonçant une des plus grosses pertes dans le parti homœopathique. Elle ne vient pas de France, c'est une faible consolation, mais l'évène-

ment sera douloureusement ressenti par les homœopathes du monde entier. Richard Hughes, un des champions de l'homœopathie en Europe, un vaillant qui soutint notre cause par ses actes et par ses écrits, le secrétaire perpétuel des Congrès internationaux homœopathiques, est mort, presque subitement, en Angleterre, le jour anniversaire de la naissance de Hahnemann. Je me fais l'interprète de la Société homœopathique française pour adresser nos sincères condoléances à la Société homœopathique anglaise !

En France, nous avons à déplorer les morts de Chancerel père, du jeune Piedvache, dont le nom était déjà très sympathique parmi nous par le souvenir de son distingué père, de Chauvet qui faisait prospérer l'homœopathie à Tours, et qui sera difficilement remplacé, enfin de Léon Kirn, le distingué directeur de la pharmacie homœopathique centrale.

Après cette énumération lugubre, je voudrais porter un toast aux vivants ! et si les vides qui se produisent autour de nous doivent faire serrer les rangs, souhaitons-nous à tous... une bonne santé pour notre intérêt et pour celui de l'homœopathie.

MAISON SAINT-LUC

Lyon, quai Claude-Bernard, 20,

Clinique et Dispensaire homœopathiques

Compte rendu sommaire au 31 décembre 1901

(Vingt-sixième année)

Le nombre des malades traités, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1901, s'est élevé à 248, savoir :

Enfants.	31	} 248
Hommes.	99	
Femmes.	118	

Nombre de journées de malades, 8.908

Moyenne de séjour. 36 jours.

Malades guéris	115
— améliorés.	78
— stationnaires	23
— décédés.	20
— en traitement au 31 décembre 1901.	12
	248

Vingt décès ont eu lieu pendant le cours de cette année, savoir :

8	par suite de tuberculose pulmonaire.
1	— péritonite tuberculeuse.
2	— asystolie cardiaque.
2	— cirrhose cardiaque.
1	— myocardite.
2	— broncho-pneumonie.
1	— albuminurie.
1	— névrose encéphalique.
1	— néphrite.
1	— cancer du foie.

Le nombre des consultations s'est maintenu à un chiffre fort satisfaisant et s'est élevé pour l'année 1901 à 21.379. Au cours de l'année, le Conseil d'administration a jugé opportun de créer une salle nouvelle destinée aux enfants malades. L'ouverture de cette salle a eu lieu au mois de mai et le succès a pleinement répondu aux espérances du Conseil. L'extension de nos services nous a amené à nous adjoindre un nouveau médecin; M. le Dr Vadon a été admis comme attaché à Saint-Luc. Grâce au zèle et au dévouement de MM. les médecins et de nos sœurs, tous nos services ont répondu à toutes les exigences et ont fonctionné fort régulièrement.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

L'ART MEDICAL

MAI 1902

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES TICS.

Le Dr Dubois (de Saujon) vient de publier sous ce titre : *Traitement de la maladie des tics*, un mémoire d'un grand intérêt thérapeutique.

Les tics sont de petits mouvements convulsifs limités à un ou plusieurs groupes musculaires, déterminant des mouvements toujours les mêmes et qui se répètent plus ou moins fréquemment, plus ou moins espacés. Nous ne sommes point désarmés complètement contre cette affection ; le zinc, le lycopode et la tarentule, ce grand médicament de la chorée, nous ont donné fréquemment des améliorations plus ou moins durables ; mais nous confessons néanmoins que quand le tic est ancien, les moyens pharmaceutiques échouent presque toujours. Nous sommes donc heureux de trouver dans la publication du Dr Dubois une nouvelle médication pour cette affection si rebelle.

La méthode de M. Dubois consiste à immobiliser com-

plètement le malade, d'abord pendant deux et cinq minutes, et enfin pendant un quart d'heure.

Voici la technique employée : Il dit au malade de s'étendre sur une chaise longue, dans le décubitus dorsal, les yeux fermés, afin d'échapper à toute distraction ; puis agissant par la suggestion verbale il commande au malade de concentrer toute sa volonté afin d'arriver à l'immobilité d'une statue.

Cet exercice est renouvelé trois fois par semaine, à la même heure, et continué des mois ; et sous son influence les tics diminuent et disparaissent.

Non seulement les tics siégeant dans les muscles de la face et des membres seraient guéris par cette méthode, mais encore les spasmes du larynx qui imitent les aboiements et les cris inarticulés.

Voici une observation qui fera comprendre le mécanisme du traitement et son efficacité.

OBSERVATION I. — Mlle B... de Châlons-sur-Marne, 20 ans. Père et mère vivants. Le père est atteint d'asthme depuis la compagne de 1870, la mère a une bonne santé ; elle est impressionnable, nerveuse, sans stigmates hystériques. Elle attribue la maladie de sa fille au fait qu'elle a eu pendant la gestation de cette enfant une série ininterrompue de très violents chagrins. « Les neuf mois de grossesse se sont passés dans les larmes, nous dit-elle. »

Première enfance sans maladie grave. A 5 ans, broncho-pneumonie qui guérit en dix jours sans laisser de trace. A 10 ans, rougeole bénigne ; à 12 ans, scarlatine. Régliée à 15 ans. C'est avant d'avoir la rougeole vers l'âge de 9 ans que se sont manifestés les premiers tics convulsifs. Brusquement l'enfant se précipitait à terre comme pour ra-

masser un objet, mais avec cette particularité qu'il fallait que le *dessus* de la main touchât le sol sans quoi elle recommençait. Elle faisait cela vingt, trente fois par jour. Entre temps, elle tournait la tête toujours à droite, regardant en haut des rideaux dans le coin d'une fenêtre, faisant entendre un bruit de gloussement comme un appel sourd qui attirait l'attention des personnes présentes. De 9 à 11 ans, ces deux tics ont été les principaux ; ils s'accompagnaient de manières : compter jusqu'à trois, regarder trois fois un objet ou une personne. Peu à peu les mouvements convulsifs se généralisent, gagnent le dos, les jambes ; les médecins consultés portent le diagnostic de chorée.

De 18 à 20 ans, tous les tics précédents persistent et s'aggravent : il s'y ajoute un tic plus pénible. La malade heurte son coude droit contre sa poitrine, l'avant-bras étant plié sur le bras ; elle le heurte quinze, vingt fois par minute, elle le fait jusqu'à ce que le coude ait violemment touché la baleine du corset ; ce coup plus violent est accompagné du petit cri guttural signalé plus haut. Il semble que la malade n'ait la *satisfaction de son tic* que lorsqu'elle a provoqué ce choc du coude accompagné du cri. Alors elle cesse quelques minutes pour recommencer dans les mêmes conditions. Le choc du coude contre la paroi du thorax est tel, qu'à la longue s'est formée une érosion sous un point bien limité et c'est lorsque la sensation de contact avec le point érodé s'est fait sentir que le petit cri est poussé et que la malade cesse momentanément de tiquer. Mais, si le coude est au repos, la tête remue se déviant plusieurs fois par minute de gauche à droite et en haut.

C'est dans cet état que Mlle B... m'est arrivée après avoir été traitée inutilement à Châlons pour de la chorée,

puis à Paris pendant plusieurs mois. Les derniers traitements faits à Paris ont consisté en : électricité statique pendant trois mois, hydrothérapie dans une maison spéciale dirigée par un médecin, bromures, antipyrine, chloral, valérianate d'ammoniaque, etc.

La malade n'a jamais eu de crises de nerfs, elle n'a pas d'anesthésie pharyngée, pas d'hémi-anesthésie, aucune sensibilité ovarique, pas de rétrécissement du champ visuel. En un mot après un examen minutieux et très complet je ne peux constater aucun stigmate hystérique.

En revanche, je note diverses phobies; appréhension ridicule à l'idée qu'elle pourra rencontrer des bêtes à cornes, des vers de terre, des chats, ne peut toucher une clef rouillée, etc.

Dès le premier jour la malade est isolée; les parents me la laissent avec une religieuse et je commence aussitôt le traitement. Je fais étendre la malade sur un divan, je lui dis d'y prendre une position commode et je lui affirme avec autorité qu'elle va pouvoir y rester trois minutes sans remuer un seul muscle du corps. Afin de mieux fixer son attention je lui dis de fermer les yeux, lui faisant observer que je ne lui fais pas fermer les yeux pour l'inciter au sommeil, mais bien pour qu'elle puisse mieux rester tranquille comme je le désire. En ma présence l'ordre est exécuté, la malade reste immobile, figée comme une statue pendant trois minutes. Le lendemain je recommence et je le fais pendant cinq minutes, défendant à la religieuse qui accompagne la malade de lui faire la moindre observation dans le courant de la journée au sujet des tics qu'elle remarquera.

Après deux mois, amélioration considérable, les mouvements du coude ont cessé, ceux de la tête ont diminué,

la malade est moins peureuse. Sa mère vient la chercher.

Un mois après (octobre 1896) elle m'écrit : « Les mouvements du bras n'ont pas reparu, mais la tête tourne toujours et le petit gloussement de la gorge existe encore. Un tic nouveau s'est déclaré dans les deux épaules, c'est un mouvement d'arrière en avant comme si les manches du corsage étaient trop étroites et gênaient. »

J'écris à la malade d'avoir à s'observer pour ce mouvement, d'y penser surtout pendant les séances de repos que je recommande de continuer à domicile pendant un quart d'heure, trois fois par semaine et cela pendant tout l'hiver.

Au mois de novembre 1896, la nuit lorsque la malade s'éveille, mouvement continu des jambes dans le lit ; le jour la tête s'obstine à tourner.

En mars 1897, je reçois des nouvelles moins satisfaisantes encore : « Les mouvements du coude sont bien passés mais il y a autre chose ; dans le gosier une espèce de gloussement presque continu, perceptible non seulement dans la pièce où elle se trouve mais dans les pièces voisines. Je n'ose plus la sortir et nous tous de son entourage, nous sommes exaspérés par ce ronron perpétuel. »

On m'amène la malade à Paris, je la garde huit jours et je fais disparaître par des exercices de repos semblables à ceux faits à Saujon, ce nouveau tic.

Au mois de juillet 1897, la malade m'est ramenée à Saujon, elle y séjourne pendant trois mois, accompagnée de sa mère et de sa sœur ; je crois un nouvel isolement superflu. Cette fois elle en part guérie, n'ayant plus ni tics, ni gloussements. Elle s'est habituée à voir des animaux à cornes, des vers et des chats.

J'ai revu cette malade à Paris en 1899 ; elle n'avait plus

aucun tic. En 1900, elle s'est mariée ; elle a eu un enfant au commencement de 1901. L'enfant né avant terme, élevé dans une couveuse n'a vécu que trois semaines. Elle a supporté cette épreuve vaillamment sans retour d'un seul tic. Je crois qu'on peut considérer cette malade comme complètement guérie. En réalité la guérison remonte à trois ans et demi puisque le dernier traitement et les dernières séances de repos ont été faits en octobre 1897.

« J'ai publié cette observation un peu longuement parce qu'elle peut servir d'observation type pour la bonne direction du traitement. On y verra que les malades ne doivent pas être abandonnés à eux-mêmes trop tôt, qu'il faut les suivre pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années si on veut que le succès soit complet. On remarquera que les tics se substituent les uns aux autres ce qui découragerait malades et médecins si les uns et les autres n'étaient pas prévenus de cette éventualité probable. »

D^r P. JOUSSET.

CEREUS GRANDIFLORA.

(Thèse de 1902, par Gaston Renoult).

En parcourant cette thèse nous nous sommes vite aperçu que le *Cereus* n'était autre que NOTRE *Cactus grandiflora*.

Je dis NOTRE parce que c'est un élève de Hahnemann qui l'a introduit dans la thérapeutique et que depuis 40 ans, ce sont les médecins de cette école qui l'appliquent journellement.

Nous reviendrons, en terminant, sur ce point d'histoire

mais commençons par rendre compte des expériences et des observations contenues dans la thèse de M. Renoult.

De ces expériences sur les cobayes au nombre de 9, M. Renoult conclut que l'extrait fluide de *Cereus*, en injection sous-cutanée, produit toujours une diminution des battements du cœur et une augmentation de l'impulsion cardiaque, que la mort arrive assez rapidement avec des doses de 1 gramme et même 50 centigrammes de cette même préparation, que la mort s'accompagne de convulsions d'autant plus violentes que l'intoxication est plus rapide.

A l'autopsie, faite immédiatement après la mort, le cœur est en diastole. Vingt-quatre heures après la mort, au contraire, le cœur est un systole.

D'une première observation, faite sur lui-même, il résulte les symptômes suivants: Les pulsations augmentent de nombre de 70 à 80. Le pouls est très ample, l'impulsion cardiaque beaucoup plus violente.

La tension artérielle n'a pas été prise au sphygmomètre et le tracé du pouls pris après l'absorption du médicament est celui de la *diminution de la pression artérielle*. La ligne d'ascension est droite, le sommet pointu comme dans l'insuffisance et la ligne de descente peu oblique présente un crochet à sa partie moyenne.

Or, M. Renoult ne peut ignorer que le tracé de la pression artérielle présente des caractères tout différents ; la ligne d'ascension est oblique et le sommet arrondi au lieu d'être pointu.

Donc, le *cereus grandiflora* chez l'homme sain diminue la pression artérielle. C'est pour cela que d'après la loi de *similitude*, il convient aux malades dont la pression artérielle est diminuée, à ceux, par exemple, qui sont atteints

d'insuffisance aortique. Le pouls de ces malades est grand, bondissant, ample, mais ampleur du pouls est loin d'être synonyme de tension artérielle, c'est ce que semble avoir oublié M. Renoult.

Les autres observations sont au nombre de quatre.

La deuxième a trait à une jeune fille atteinte de palpitations nerveuses et qui a été guérie rapidement par la dose quotidienne de 10 gouttes d'extrait fluide.

Le sujet de la troisième observation est un homme de 25 ans atteint d'endocardite chronique suite de rhumatisme (rétrécissement mitral et insuffisance aortique). Le cactus à la dose de 10 centigrammes par jour a fait disparaître l'arythmie et a diminué l'impulsion cardiaque, qu'il augmente dans l'état physiologique.

Le malade de l'observation IV est atteint d'insuffisance aortique d'origine rhumatismale avec dyspnée, œdème des membres inférieurs. L'eau-de-vie allemande puis la théobromine font disparaître l'œdème. L'arythmie disparaît sous l'influence du cactus grandiflora.

L'observation cinquième a trait à une vieille femme atteinte d'un rétrécissement mitral. Le cactus à la dose de 25 à 30 gouttes de teinture par jour a constamment augmenté la quantité des urines.

Expériences et observations sont fort incomplètes. Je préfère la conclusion de Myers : « A dose toxique, le *cereus grandiflora* produit d'abord une accélération des battements du cœur et une augmentation de la pression artérielle; mais il ne tarde pas à les diminuer tous les deux. »

Ce résultat concorde avec la loi de pharmacodynamie qui veut qu'une même dose de médicament produise successivement des effets opposés.

Ajoutons qu'il est également de science courante qu'un

même médicament produit des effets opposés suivant qu'on l'administre à dose faible ou à dose forte.

Nous citerons enfin une troisième règle, c'est qu'un médicament fait disparaître chez l'homme malade les symptômes qu'il produit chez l'homme sain.

Ces lois de la pharmacodynamie, aujourd'hui indiscutables nous permettent de poser les conclusions qui manquent à la thèse de M. Renoult :

La teinture de cactus prise à dose faible par M. Renoult a produit la diminution de la tension artérielle, ce qui explique l'amélioration de l'insuffisance aortique par le cactus, puisque l'insuffisance aortique s'accompagne d'hypotension artérielle.

L'arythmie du pouls produit par des doses fortes, dans les expériences de Rubini, donne la raison de la guérison de l'arythmie par le cactus.

Les symptômes de douleurs constrictives atroces du cœur avec angoisse et peur produits par Rubini sur lui-même donnent la raison de l'amélioration de l'angine de poitrine par le cactus.

Il est temps maintenant de revenir sur la question historique. M. Renoult commence ce chapitre de la manière suivante : « Les premières observations sur les propriétés cardiaques du *cereus grandifolia* semblent avoir été publiées par le D^r Rubini en 1868. »

Or, voici l'exacte vérité sur les travaux de Rubini qui, d'après notre auteur, *semble* avoir publié les premières observations sur ce médicament.

Le docteur Rocco Rubini, médecin de l'hôpital homœopathique Sainte-Marie da Cæsarea à Naples, a préparé une teinture de *cactus grandiflora* en mettant à macérer

dans l'esprit-de-vin les jeunes tiges et les fleurs de la plante.

Il a expérimenté ce médicament en teinture et en dilution sur sa femme et sur lui pendant dix ou douze ans et c'est alors qu'en 1868 il a publié le mémoire contenant ses expériences et ses observations cliniques.

Ce médecin, qui ne pouvait nous donner les caractères sphymographiques du pouls, puisque le sphymographe n'existait pas à cette époque, ou au moins n'était pas d'un usage habituel, nous a laissé le tableau des symptômes produits chez l'homme sain par la teinture de cactus.

La douleur dans la région cardiaque se manifeste dans les premiers jours de l'expérimentation ; elle est violente, constrictive et l'observateur la compare à une main de fer qui comprimerait le cœur.

Il existe en même temps de la dyspnée, des palpitations, et il est survenu quelquefois des accès de suffocation périodique avec faiblesse, état lipothymique et sueurs au visage.

Les symptômes cardiaques s'accompagnaient chez l'homme et chez la femme d'une angoisse terrible qui les ont forcé d'interrompre leur expérimentation.

Rubini rapporte des cas de guérison de palpitations nerveuses, d'endocardite aiguë et d'affections chroniques du cœur avec œdème.

Non seulement Rubini est *le premier* qui ait reconnu par expérimentation sur lui-même l'action cardiaque du cactus et démontré son action curative dans les affections du cœur, mais il l'a fait avec une telle supériorité qu'on n'a presque rien ajouté à ses travaux.

Et c'est de ce grand médecin que M. Renoult a osé dire

qu'il *semblait* avoir publié les premiers travaux sur le cactus!

Si j'ajoute que, depuis trente ans, des milliers de médecins homœopathes emploient avec succès le cactus en se laissant guider par les indications de Rubini, je ne trouve pas d'épithète à ma convenance pour flétrir la piraterie scientifique de ces frelons inféconds qui s'approprient sans rougir le produit des travailleurs, et croient avoir fait une bonne farce en remplaçant le nom de *cactus* par celui de *cereus*.

Il faudrait pourtant que de telles mœurs prissent fin.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DIPHTÉRIE PUTRIDE. — INJECTION DE SÉRUM. — CYANURE DE MERCURE. — ALBUMINURIE CONSIDÉRABLE. — FAIBLESSE DU MUSCLE CARDIAQUE. — ARSENIC. — CANTHARIS. — GUÉRISON AVEC PARALYSIE CONSÉCUTIVE. — ÉLECTRICITÉ.

DIPHTÉRIE DE FORME PUTRIDE.

Mlle X... âgée de trente-huit ans, entre à l'hôpital Saint-Jacques, le 1^{er} février, et est couchée en chambre n° 14. Cette femme, d'une bonne santé habituelle et d'une forte constitution, avait pris la diphtérie d'un enfant de ses maîtres qui fut enlevé en quarante-huit heures.

A son entrée, cette malade présentait un aspect caractéristique : pâle, prostrée, ayant une température de 39° 9, présentait un gonflement énorme des ganglions du cou. Il y avait de la dyspnée, une toux rauque, et le pharynx

était obstrué par des amygdales volumineuses recouvertes de fausses membranes.

L'examen microscopique décelait la présence de nombreux bacilles de Löffler, appartenant à la forme longue de ces bacilles. Mais, malgré l'état extrêmement grave de la malade, il n'existait aucune association bacillaire.

Je dois ajouter, en outre, que les urines étaient en très petites quantités : 250 grammes en vingt-quatre heures, et contenant 6 grammes d'albumine.

Cette malade avait reçu chez elle une injection de sérum de Roux de 30 centimètres cubes.

Le traitement qu'elle suivit à l'hôpital consista dans l'administration du cyanure de mercure à la troisième dilution, dans des injections de sérum de Roux, pratiquées une première le soir de son entrée, 20 grammes ; une seconde le lendemain de son entrée ; une troisième le cinquième jour, une dernière le sixième jour, ces trois dernières injections étant de 10 grammes chacune.

Le quatrième jour de la maladie, j'alternais la belladone teinture mère avec le cyanure de mercure troisième dilution.

La maladie semblait résister au traitement, la température variait de 39 à 39°, 9. Le quatrième jour, elle s'abaissait cependant à 38° le matin, et ne dépassa plus 39°. Mais la pâleur de la face, la prostration, l'anorexie, les fausses membranes abondantes, le gonflement énorme des ganglions persistaient. L'urine était toujours en très petite quantité et l'albumine avait atteint 8 grammes par litre.

Le septième jour, la rémission se manifesta : 38°, 2 le matin, 37°, 9 le soir. Et la température n'atteignit plus 39° qu'exceptionnellement le soir du huitième jour.

A partir du neuvième jour, elle resta définitivement au-dessous de 38.

En même temps que le mouvement fébrile s'abaissait, les fausses membranes se détachaient spontanément ; les ganglions du cou diminuaient, l'albuminurie persistait à 8 grammes et la paralysie du voile du palais faisait son apparition.

Je prescrivis *Lachesis*, 6^m.

L'amélioration de l'état local fait de rapides progrès. Les fausses membranes deviennent de plus en plus rares et le cou était presque revenu à l'état normal, le dixième jour.

Mais la malade était encore plus faible que dans la période d'état : son pouls mou et petit, les battements du cœur sourds et faibles ; je redoutais une mort par syncope.

Je prescrivis *arsenicum* 3^m trituration, 20 centigrammes.

Le 11, apparaît un autre symptôme : c'est de l'érythème polymorphe consécutif aux injections de Roux. Cet érythème persistera jusqu'au 17, pour être remplacé par des douleurs articulaires, dans les genoux, de peu d'importance.

Le 14, le cœur s'est remonté sous l'influence d'arsenic. L'albuminurie reste le symptôme inquiétant. Les urines sont rares, 300 à 400 grammes. Albumine 8 grammes. La densité des urines qui est de 1.030 et la présence de 16 grammes d'urée par litre, nous rassurent un peu.

Je prescris *Cantharis* 3^m, XX gouttes.

Le lendemain, quinzième jour de la maladie, il y a encore 8 grammes d'albumine et 300 grammes d'urine

seulement. Je prescrivis alors *Cantharis* teinture mère, une goutte. L'amélioration se présente dès le lendemain. Urine 500 grammes, albumine 6 grammes.

Le 22, vingt-deuxième jour de la maladie, le septième de *cantharis* teinture mère, l'urine atteignait un litre et demi et l'albumine était réduit à 0 gr. 30. Le vingt-sixième jour, il n'y avait plus d'albumine.

Les phénomènes paralytiques augmentèrent d'intensité. Au nasonnement de la voix, à la dysphagie vont bientôt se joindre des fourmillements dans les mains et dans les pieds, et une impotence qui rend impossibles les mouvements délicats des doigts, pour la couture. La marche n'est plus possible, si la malade n'est soutenue par un bras. La sensibilité tactile est fort émoussée dans les parties paralysées.

Cependant, il n'y avait aucune paralysie des yeux. La santé générale était bonne. La malade se nourrissait bien.

Le *gelseminum*, le *secale cornutum*, la *nux vomica*, le *rhus toxicodendron* ne produisirent aucune amélioration.

La faradisation du voile du palais améliora promptement la paralysie de ce muscle. Les extrémités restent encore très malades et, d'après les conseils de Larat, nous pratiquons l'électricité des membres de la manière suivante.

« Les mains sont placées dans une cuvette d'eau, les pieds dans une autre. Les pôles sont placés dans l'une et l'autre cuvette, et les courants interrompus se répandent dans les membres supérieurs et inférieurs en parcourant la moelle épinière. »

Une légère amélioration commence à se manifester.

L'alimentation, tant que l'albumine a été en grande quantité, s'est composée de lait, d'œufs et de purée.

Depuis que l'albumine a disparu, la malade mange de la viande et boit du vin.

A notre insu, des gargarismes à la liqueur de Labarraqué et des onctions au jus de citron furent continués à la malade.

Nous ferons plusieurs réflexions à propos de ce fait.

La première, c'est qu'il s'agissait ici de ce qu'on a appelé la forme putride de la diphtérie : le gonflement énorme des ganglions du cou, la paleur de la face, la température voisine de 40°, la prostration des forces, l'anorexie, la présence d'albumine à la dose de 6 grammes par litre ne permettent pas un autre diagnostic. Et cependant nous le remarquons expressément, le bacille contenu dans les fausses membranes présentait bien la forme longue du bacille de Loeffler ; mais il n'y avait ni streptocoque ni staphylocoque ; l'association bacillaire à laquelle on a voulu attribuer la gravité de la diphtérie était donc ici en défaut.

Le traitement s'est composé essentiellement d'injections de sérum de Roux à la dose de 30 centimètres cubes faites avant d'entrer à l'hôpital. Une seconde injection de 20 centimètres cubes faite à l'hôpital et trois autres de 10 cent. faites les jours suivants. Au sérum de Roux, nous avons ajouté le cyanure de mercure à la 3^e dilution et un traitement local composé d'attouchements avec le jus de citrons et de gargarismes avec la liqueur de Labarraqué.

Ce traitement local a été prescrit à mon insu. Nos internes, en effet, arrivent chez nous, avec des habitudes thérapeutiques prises dans les hôpitaux et la malade étant

entrée dans le service après la visite, l'interne a cru bien faire de prescrire ce gargarisme.

A cette occasion, je désire vous exposer mes raisons pour lesquelles je repousse tout traitement local dans la diphtérie.

Premièrement ce traitement est absolument inutile parce qu'il n'empêche ni la reproduction, ni l'extension des fausses membranes, comme l'histoire clinique de la diphtérie traitée par les anciennes méthodes le prouvent surabondamment.

Secondement, ce traitement est douloureux et comme il est répété plusieurs fois dans la journée, il constitue pour les enfants un véritable supplice.

Troisièmement, enfin, je conserve la fausse membrane parce que son accroissement et sa diminution me servent à juger de l'état du malade.

Le traitement par le cyanure et le sérum a triomphé de ce cas si grave : dès le 4^e jour, la température baissait sensiblement et l'apyrexie ne s'établissait que le 9^e jour.

Le 7^e jour seulement, les fausses membranes ont commencé à se détacher en même temps que leur volume diminuait considérablement.

L'emploi du sérum n'a pas présenté d'inconvénient grave. Nous avons noté une éruption polymorphe à partir du 11^e jour et une très légère douleur dans le geuno gauche. Ces phénomènes n'ont point eu de durée.

Mais le diphtérie a laissé à sa suite une albuminurie considérable et une paralysie qui dure encore aujourd'hui.

L'albuminurie a atteint jusqu'à 8 grammes par litre. Les urines étaient peu abondantes, 300 grammes en vingt-quatre heures. Heureusement leur densité était très élevée (1.030), et l'urée atteignait 16 gr. 50.

Il n'y a point eu de symptômes urémiques à proprement dit. Pendant quelques jours, il y avait une extrême faiblesse. Les battements du cœur étaient très mal frappés et je redoutais la mort par syncope.

Arsenic 3° a relevé la circulation; cantharis 3° puis teinture mère a fait disparaître très rapidement l'albuminurie.

La paralysie du voile du palais est à peu près guérie; mais celle des membres supérieurs et inférieurs est encore peu modifiée.

10 mai 1902. Nous sommes dans le 4^e mois de la maladie la santé est depuis longtemps entièrement revenue. La paralysie du voile du palais a cessé depuis plus d'un mois. Mais un certain degré d'affaiblissement avec fourmillement dans les extrémités existe encore dans les membres malgré l'application de l'électricité. Nous devons remarquer cependant que l'amélioration de la paralysie, quoique lente, est incontestable. Il y a 20 jours, la malade a fait une chute et s'est cassé le péroné ce qui a mis obstacle à la faradisation des membres inférieurs.

25 mai. La paralysie est absolument guérie.

DE L'ALIÉNATION HYSTÉRIQUE

L'aliénation est un syndrome composé de trois symptômes : le délire, l'hallucination et l'impulsion.

Le délire de l'aliénation mentale a pour caractère la conservation de la mémoire et la perte de l'estimativité.

La conservation de la mémoire est le vrai signe distinctif du délire de l'aliénation et du délire ordinaire.

L'aliéné se souvient admirablement, du sujet de son délire, même après sa guérison.

L'hallucination de l'aliénation est toujours beaucoup plus nette et beaucoup mieux coordonnée que l'hallucination des autres délires.

(Je remarque expressément que, dans la démence, la mémoire des idées délirantes et la netteté des hallucinations ne peuvent être comparées avec ce qui existe dans l'aliénation de la folie et de l'hystérie).

L'impulsion malade occupe une place très importante dans l'aliénation. Il y a des formes où cette impulsion existe en l'absence de toute idée délirante et de toute hallucination, et, dans ces cas, ce phénomène pathologique constitue à lui seul une forme d'aliénation de la folie, de l'hystérie, de l'épilepsie ou d'un empoisonnement.

J'ai divisé, dans mes *Eléments de médecine pratique*, les impulsions en deux grandes classes : l'*impulsion anxieuse* et l'*impulsion automatique*. Cette dernière ne se rencontre guère que dans l'épilepsie. Elle est caractérisée par une impulsion irrésistible et inconsciente; l'acte qui en résulte ordinairement violent, est instantané; et ne laisse le plus souvent dans la mémoire du malade qu'un souvenir vague ou nul.

L'impulsion anxieuse est ainsi dénommée parce qu'au lieu d'être inconsciente et subite, elle se développe progressivement, n'est point irrésistible à son début, en sorte que elle excite une véritable lutte avec la conscience. Le plus souvent l'impulsion devient irrésistible, l'acte s'accomplit, l'anxiété cesse et le malade a un sentiment de paix d'autant plus incompréhensible qu'il vient de commettre un acte criminel.

L'impulsion anxieuse peut exister dans la folie et dans les empoisonnements, mais elle se montre surtout dans l'hystérie.

Les annales de la médecine légale contiennent un grand nombre d'observations qui se rapportent à ces deux genres d'impulsion. Les observations d'impulsion automatique chez les épileptiques se ressemblent toutes. Ce sont habituellement des meurtres, quelquefois multipliés, sur des personnes habituellement inconnues du malade ; meurtres accomplis avec une férocité qui ne se rencontre que dans la maladie.

L'impulsion anxieuse de l'hystérie se présente sous des modes extrêmement variés ; depuis la jeune fille dont l'*anorexie progressive* se termine par la mort après plusieurs années, jusqu'à ces homicides qui sont torturés pendant des mois du désir de plus en plus impérieux de tuer un être affectionné, un enfant, une mère, on trouve, toutes les nuances impulsives, le vol, l'incendie, l'érotisme, etc.

Mais si l'impulsion anxieuse est certainement la forme d'aliénation mentale la plus commune chez les hystériques, elle n'est pas la seule. Le *délire maniaque* a été décrit par tous les auteurs qui se sont occupés de l'hystérie ; ils ne lui ont assigné aucun caractère particulier et ils s'accordent pour dire : la manie hystérique est toujours semblable à elle-même et il est difficile de la distinguer des autres vésanies.

La *mélancolie* a été aussi observée chez les hystériques. On a observé dans ces cas des idées de damnation et des hallucinations effrayantes. L'*impulsion suicide* a été aussi notée.

Enfin, il existe quelques rares observations d'aliénation qui représentent tout à fait ce processus morbide auquel Georget a donné le nom de « *stupidité*. »

Les malades, atteints de cette forme, après avoir pré-

senté pendant quelques jours des symptômes de lypémanie tombent dans un état de concentration intellectuelle si profonde que le monde extérieur n'existe plus pour eux : immobiles, les yeux largement ouverts, sans expression, la figure hébétée sans mouvement, sans parole, gâteurs, ils offrent le tableau de la démence arrivée à son plus haut degré. Cet état dure peu et disparaît graduellement; mais le plus souvent après une crise convulsive.

Nous avons en ce moment l'occasion d'observer une malade qui offre réunies à un degré extraordinaire la plupart des impulsions anxieuses. C'est son histoire clinique que nous allons rapporter.

Observation : Mme Dar... présente comme tare héréditaire un oncle maternel aliéné et une grand'-mère et une sœur déséquilibrées, ayant eu une conduite légère.

Mme Dar..., âgée aujourd'hui de 31 ans, présenta à l'âge de 18 ans les symptômes d'une anorexie progressive qui persiste encore aujourd'hui. Cette anorexie a été caractérisée par le refus successif des aliments les plus usuels et les plus nourrissants. Cependant, la malade a toujours continué à se nourrir, insuffisamment il est vrai; elle a pu traverser trois grossesses, essayer d'allaiter ses enfants et aujourd'hui, quoiqu'encore très capricieuse et très irrégulière pour sa nourriture, elle a l'embonpoint et les forces qu'on a ordinairement à son âge.

Cette femme s'est mariée à 20 ans, sans inclination pour son mari, sans arrière-pensée de satisfaire des besoins vénériens qu'elle ignorait complètement; mais poussée par un désir désordonné d'une liberté d'action qu'elle n'avait pas chez ses parents.

Son mari m'a confirmé qu'elle restait froide et sans

jouissance pendant l'union conjugale ; ce qui ne l'a pas empêchée de devenir grosse et d'accoucher de trois enfants à des époques très rapprochées.

C'est après son dernier accouchement, vers l'âge de 23 ans, que se sont manifestées chez cette malade les impulsions génésiaques irresistibles qui l'ont poussé à se compromettre, non seulement avec des hommes de sa condition, mais avec de simples ouvriers ; et cependant elle avait une absence presque complète de sensation vénérienne.

Lorsque je demande à cette malade pourquoi elle s'est livrée publiquement à des désordres qui non seulement la déshonorent, mais déshonorent encore son mari et sa famille, quand elle n'était poussée par aucun désir vénérien, elle me répond : qu'ayant quelquefois éprouvé dans l'acte conjugal un certain plaisir, ce souvenir l'obsède et la pousse à le rechercher de nouveau, et que quant cette idée s'empare d'elle, l'homme qui se trouve là est toujours le bienvenu. J'ajoute que cette femme fournit tous ces détails sans une réticence, sans une rougeur au front, le sentiment de la pudeur est complètement absent chez elle.

Interrogée sur ces affections, elle me déclare que, quoique son mari et ses parents soient pleins de bonté pour elle, elle ne les aime pas. Elle n'aime pas ses enfants, et, si on la pousse un peu, elle avoue qu'elle serait heureuse de les voir tous mourir ; qu'alors riche et libre, elle viendrait à Paris courir le monde de la galanterie ; et, je dois le rappeler, pourqu'on ne perde pas le point de vue pathologique de ce cas, cette femme n'éprouve aucun désir, n'a pas ce qu'on appelle de tentation de la chair mais comme elle le dit fort bien, ce désir est dans sa tête ;

et elle a demandé aux médecins et aux livres de médecine des moyens de réveiller chez elle le sens génésiaque.

Elle semble y être arrivé depuis quelques années. Elle se livre à de savantes manœuvres sur elle-même, qu'elle répète quatre et cinq fois par jour, et arrive quelquefois, après deux heures, à assoupir son désir.

Pour achever l'histoire pathologique de cette femme, ajoutons qu'elle est très intelligente, très ordonnée dans son ménage, habile dans les arts; elle fait sa lecture de livres orduriers, ou encore de livres de médecine; et il est certain qu'elle cultive à un certain degré l'*occultisme*, puisqu'elle m'a avoué que si elle voulait envoûter son mari, elle le ferait mourir. Elevée très chrétienne-ment, elle n'a plus aucune croyance religieuse.

J'ajoute que cette malade demande à maigrir, et à avoir mauvaise mine, et qu'elle est obsédée de cette idée comme des autres, elle en parle sans cesse. Elle a des insomnies continuelles. Elle a eu 4 ou 5 fois de grandes convulsions hystériques, sans perte de connaissance. Elle est analgésique, et accuse une douleur à la pression de l'ovaire gauche. Les règles sont régulières.

J'ai prescrit d'abord la *tarentule*, et pendant les dix premiers jours de l'usage de ce médicament, elle prétend avoir été beaucoup mieux.

Puis ce médicament n'a plus produit d'effet.

J'ai alors prescrit la morphine à la très faible dose de 3 centigrammes pour 20 jours. Nous avons eu encore une amélioration passagère.

Elle prend maintenant anacardium occidentale.

L'hydrothérapie a été appliquée pendant des longs mois sans aucun succès. L'internement dans un asile continué pendant des mois, a été sans résultat.

Néanmoins, l'internement me semble la seule mesure qui puisse empêcher cette malade de se livrer à des scandales publics, et peut-être à des actes criminels vis-à-vis de sa famille.

La thérapeutique pharmaceutique peut être continuée, quoiqu'elle me semble bien impuissante.

PNEUMONIE DU SOMMET. BRYONE. PHOSPHORE. GUÉRISON.

M. X., âgé de dix ans, est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 8 mai 1902, et fut couché dans la chambre Saint-François. Cet enfant, d'une constitution robuste, est alité depuis trois jours. Sa maladie a commencé brusquement par un point de côté et de la fièvre.

Troisième jour. La face est vultueuse, la dyspnée marquée. Le malade se plaint d'un point de côté violent siégeant à droite et augmenté par une toux fréquente. Le pouls est à 116. La température à 39°. L'auscultation est négative.

Traitement : bryone 6° une cuillerée toutes les deux heures. Lait pour régime.

Quatrième jour. A peu près même état, température 40°. L'enfant se plaint beaucoup de son point de côté. Matité relative au sommet du poumon droit. Pas de signes stéthoscopiques. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. On continue la bryone et le laitage.

Cinquième, sixième et septième jours. L'état général se maintient à peu près le même. La température oscille de 39°,5 à 40°. Le sixième jour, on perçoit du souffle et quelques bouffées de râles crépitants au sommet droit. Même traitement.

Huitième jour. Pas d'amélioration sensible. Le point de côté est toujours très marqué. La température est toujours la même. Les urines recueillies dans un verre à pied ont présenté hier et surtout aujourd'hui le nuage critique décrit par Martin Solon.

Neuvième jour. Ce matin défervescence. La température est à 37°,8. Le malade se trouve mieux.

Dixième jour. Hier soir, la température est remontée à 38°,2. Ce matin, l'apyrexie est complète et définitive. On prescrit hepar sulfuris 6° et des potages.

La convalescence a été rapide. La résolution de la lésion pulmonaire a suivi la défervescence et était complète quarante-huit heures après.

Je sais que, chez les enfants, la pneumonie franche se termine habituellement par la guérison. Néanmoins, dans ce cas particulier, l'état a été assez grave pour nous donner quelques inquiétudes.

Je signalerai l'absence de signes sthétoscopiques pendant les premiers jours, et la résolution rapide de l'engorgement pulmonaire, c'est un signe qui distingue les pneumonies traitées des pneumonies abandonnées à l'expectation.

Je rappelle le signe pronostique dû à mon ancien maître Martin Solon, fourni non par un dépôt des urines, mais par un nuage qui flotte vers leurs parties supérieures.

BRONCHO-PNEUMONIE GRIPPALE. MÉNINGISME.

État général très grave. Phosphorus sixième. Guérison rapide.

René X..., âgé de 11 ans. Entré à l'hôpital le 7 mai. Aspect typhique très marqué. L'enfant paraît hébété, il

ne répond pas aux questions posées, il a un délire presque constant. La langue est blanche avec liseré rouge sur les bords. Les dents sont fuligineuses. Température 39°,9. L'entourage nous dit que la maladie remonte à quatre jours, elle a débuté brusquement au retour d'une promenade par un violent accès de fièvre. La température n'est pas tombée depuis ce jour.

A l'entrée du malade, on donne *Hyosciamus* 6°, et *Bryone* 6°.

Le lendemain, devant la persistance des symptômes, on continue le traitement. On note un peu de ballonnement du ventre. A l'auscultation, quelques râles. Carphologie. Signe de Kernig. Le troisième jour, les phénomènes pulmonaires apparaissent plus nets. Noyaux de broncho-pneumonie aux deux sommets, où la respiration a pris le caractère soufflant.

On donne *Phosphorus* 6°.

Les urines sont recueillies. L'analyse démontre la présence d'albumine, 3 gr. 400 de chlorures. Nuage de Martin Solon.

Sous l'influence de *Phosphorus* 6°, les phénomènes se sont amendés.

L'examen des crachats a démontré la présence du bacille de la grippe.

Le malade a quitté l'hôpital douze jours après son entrée. Il était complètement rétabli.

Cette observation de broncho-pneumonie est un exemple de plus du caractère de gravité imprimée par la grippe sur toutes les affections.

A son entrée, notre malade présentait un ensemble de symptômes des plus graves, ensemble de symptômes qui pouvaient faire penser à une méningite, prostration pro-

fonde, mélange de délire et de coma, signe de Kernig et véritable carphologie. Si on ajoute à cela que les symptômes pulmonaires manquaient absolument au moment de son entrée, on comprendra l'hésitation du diagnostic et par conséquent de la thérapeutique.

La constatation de broncho-pneumonie occupant les deux sommets, les caractères des urines qui, à côté de traces d'albumine, offraient une diminution notable des chlorures, vinrent préciser le diagnostic et le phosphore, administré à la 6^e dilution, amena une défervescence rapide. La convalescence fut courte, puisque le séjour à l'hôpital ne fut que de douze jours.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

LES DOSES INFINITESIMALES

Les récentes expériences théoriques du D^r P. Jousset, avec *l'aspergillus niger*, ont rappelé l'attention du monde médical sur l'action des doses infinitésimales, et ramené cette importante question au premier plan de la thérapeutique.

Nous n'avons pas besoin, ici, de revenir sur la description de ces expériences ; nos lecteurs les connaissent pour les avoir lues *in extenso* dans la *Revue homœopathique française* de février 1902, qui a reproduit le compte rendu de la séance du 8 janvier 1902, de la *Société française d'homœopathie*, dans laquelle le D^r P. Jousset a exposé ses découvertes et ses projets futurs.

Nous saluons avec d'autant plus de satisfaction ce nou-

vel effort du vieux Maître, dont l'âge ne ralentit pas l'activité, que jusqu'ici nos confrères allopathes semblaient vouloir garder le monopole des expérimentations de ce genre.

Les homœopathes avaient, en effet, depuis plus d'un siècle, résolu le problème par la clinique. Mais, ainsi que le fait observer le Dr P. Jousset, l'expérience clinique n'a de valeur que pour les médecins qui sont déjà convaincus. Et « quant aux expériences instituées sur l'homme sain pour démontrer l'action des doses infinitésimales, par quelques-uns de nos confrères, personne ne me contredira, si je dis que ces expérimentations, d'ailleurs extrêmement peu nombreuses, n'ont jamais produit que des phénomènes fugitifs variables et inconstants, incapables d'entraîner la conviction. » (Dr P. Jousset. *l. c.*)

C'est, évidemment, cet état de choses incertain qui a poussé les allopathes, peu confiants en nos résultats cliniques, à entreprendre leurs recherches théoriques. Car lorsqu'on parlait à nos adversaires des preuves cliniques mille fois répétées de l'action des doses infinitésimales, ils répondaient : coïncidence ou illusion. Le laboratoire pouvait donc seul donner la solution du problème, « parce que des expériences instituées suivant les règles de la méthode expérimentale produisent des phénomènes qu'on est sûr de reproduire toutes les fois qu'on se place dans les mêmes conditions, » (*Ibid.*) Nos adversaires se sont, par conséquent, résolument engagés dans cette voie, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Leurs tentatives ont été couronnées de succès. Quelques-uns même, et non des moins importants, n'ont pas craint d'attribuer à César ce qui appartient à César, et de rendre entière justice à la doctrine de Hahnenann. Le moment

semble donc venu de récapituler les résultats obtenus, et de faire, en quelque sorte, l'historique de la question. Nous suivrons ainsi, pas à pas, l'évolution scientifique dont l'homœopathie aura été, à la fois, l'instigatrice et la bénéficiaire.

*
* *

Raulin démontra, il y a une trentaine d'années, qu'une trace de nitrate d'argent dans le liquide de culture était vénéneuse pour certains champignons inférieurs ; moins d'un millionième du poids du liquide, et le champignon dépérissait. Mêmes résultats avec des doses un peu plus fortes de chlorure de mercure, de chlorure de platine, de chlorure de cuivre, etc.

M. Henri Coupin a voulu savoir s'il en était ainsi pour des végétaux supérieurs. La sensibilité à l'égard des agents toxiques devient, dans ce cas, extraordinaire. M. Coupin a opéré sur des plantules de blé de Bordeaux mises dans de l'eau parfaitement distillée. Il a ajouté des doses si infinitésimales de substances nocives, que l'on pouvait penser que la végétation n'en souffrirait pas d'atteinte.

Or, il suffit de 1/700.000.000 de sulfate de cuivre pour arrêter le développement des racines. Et il en est ainsi pour d'autres substances aussi, mais avec des doses variables : bichlorure de mercure, chlorure de sodium, chlorure de palladium, nitrate de plomb, sulfate de zinc, chlorure de manganèse, etc. Des traces depuis 1/30.000.000 jusqu'à 1/10.000, selon des agents toxiques essayés, suffisent pour rabougrir les racines.

L'eau distillée du commerce qui a été obtenue dans des alambics de cuivre renferme toujours un peu de cuivre. Or, cette solution, si étendue soit-elle, empoisonnera les

végétaux. Il suffit même d'une épingle mise au contact d'eau distillée dans un alambic en verre pour rendre le liquide toxique, comme l'ont démontré MM. Coupin, Dehérain et Demoussy. Des doses de quelques millièmes sont efficaces.

M. Devaux avait, du reste, de son côté, dès 1896, attiré l'attention sur l'absorption des poisons métalliques très dilués par les cellules végétales. Les cellules s'emparent du poison. Dans un cas d'empoisonnement par une eau renouvelée contenant de 1 à 3 dix-millièmes de plomb, certaines cellules noircissaient fortement quand on les traitait par l'acide sulfhydrique. Les cellules âgées condensent le métal dans leur protoplasma en mourant, les cellules jeunes résistent au poison.

Presque en même temps, M. le D^r A. Gautier, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris, poursuivait ses expériences théoriques et pratiques sur les cacodylates. Nous avons, dans le numéro de juin 1901 de la *Revue homéopathique française*, consacré un article spécial à cette question (1). Il résulte de ces expériences, qu'on trouve, à l'état normal, de l'arsenic dans la glande thyroïde, dans le thymus, dans la mamelle, la peau et ses appendices, les os, le lait et le cerveau (2).

(1) D^r SIEFFERT — *Les Cacodylates et l'Homéopathie*.

(2) Ce résultat mérite d'autant plus d'attention que, présentement, s'agite dans la presse la révision du procès Danval. Le pharmacien de la rue Maubeuge fut, on se le rappelle, condamné aux travaux forcés à perpétuité, et subit, actuellement encore, sa peine en Nouvelle-Calédonie, parce qu'il aurait empoisonné sa femme avec de l'arsenic. L'autopsie fit, en effet, découvrir des traces d'arsenic dans le cadavre de la victime, et le médecin lé-

De la sorte, il a été établi que l'équilibre physiologique se trouve rompu, par l'absence ou la diminution d'une fraction presque inappréciable d'arsenic, et, conséquence logique de ce fait, l'équilibre peut être rétabli par l'introduction dans l'économie d'une dose équivalente de l'élément qui fait défaut, ce qui, en définitive, n'est rien autre que de la thérapeutique homœopathique pure et simple. Le professeur A. Gautier a, de cette façon, obtenu des effets curatifs remarquables, et le D^r Danlos, qui, à sa suite, a introduit les cacodylates dans la thérapeutique, soit *via oris*, soit *via recti*, soit enfin en applications

giste de l'époque, D^r Bergeron, se basa sur ce fait pour conclure à la culpabilité du mari. Les débats, devant la Cour d'assises, furent extrêmement retentissants. M. Bouis, professeur à l'école de pharmacie, contesta vigoureusement, avec beaucoup d'habileté et de science — les assertions du D^r Bergeron. Les juges se trouvaient dans le plus grand embarras. Mais la science n'avait pas alors fait les progrès auxquels elle est arrivée depuis, et le jury, entraîné par le procureur de la République et les arguments du D^r Bergeron, prenant probablement aussi en considération quelques antécédents fâcheux du prévenu, et eu égard, d'autre part, à la prétendue compétence de l'accusé qui était pharmacien, condamna Danval, en lui accordant, toutefois, le bénéfice des circonstances atténuantes. Qu'avaient bien à faire **les circonstances atténuantes**, dans l'espèce ? Récemment, cependant, la question a été rappelée à l'ordre du jour. Tout naturellement, le professeur Bouis, s'appuyant sur les dernières découvertes, maintient son opinion plus énergiquement que jamais, et probablement, grâce aux efforts du *Journal*, nous assisterons bientôt à la révision du procès d'un malheureux qui, à mon humble avis, a été tout au moins jugé et condamné sur des preuves insuffisamment établies. — A l'instant, nous apprenons que Danval vient d'être gracié par le Président de la République !

externes, a pu ainsi juguler la tuberculose et le lichen érythémateux, et guérir de nombreuses maladies cutanées, telles que le psoriasis, le lichen plan généralisé, etc. — tout en n'employant, dans ce but que des doses relativement très minimales.

Il nous faut encore, du côté allopathique et au point de vue pratique, signaler deux cas de guérison par *Silicea*. Le Dr Decène-Olivier écrit à ce sujet (1) : « L'action de ceux-ci (des silicates) est double : ils agissent à la fois sur les troubles digestifs et sur la stase des veines abdominales. Par leur propriété tonique et vivifiante, ils combattent l'inertie de la muqueuse et calment l'irritation nerveuse. Par la faculté dont ils jouissent d'empêcher les fermentations alimentaires, ils s'opposent à la formation d'une grande quantité de toxines nuisibles. »

Ceci est une vue théorique dont nous n'avons pas davantage à nous préoccuper ici. Ce que nous retenons de l'article du Dr Decène-Olivier, c'est qu'il contient deux observations, l'une de diabète avec albumine, l'autre de dyspepsie compliquée de névralgie musculaire de la cuisse, et que les deux cas ont été guéris au moyen de doses infinitésimales de silicate de potasse. La dose indiquée par le Dr Decène-Olivier est, quotidiennement, de deux à quatre cuillerées à café de 5 centimètres cubes d'une solution silicatée. Voilà donc, très certainement, une dose infinitésimale ; et, probablement, on ne viendra plus maintenant jeter à la tête des homœopathes qu'ils prétendent guérir leurs malades en leur faisant avaler des cailloux !

(1) *La Médication martiale* (Février 1902). — Le Silicate dans les Hypertensions, dans le Diabète et dans l'Artério-sclérose, par le Dr Decène-Olivier (de Caille, A. M.).

*
* *

Sur ces entrefaites, la question faisait un pas considérable à l'étranger, notamment en Allemagne et en Suisse. Encore une fois il nous faut remarquer que la plupart des contributions sont venues du camp allopathique, avec cette considération importante que les expérimentateurs consciencieux et savants qui s'en sont occupés n'ont pas craint de reporter à l'homœopathie ce qui lui appartient. En première ligne, nous devons citer les leçons et ouvrages des docteurs Hugo Schulz et Rudolf Arndt, professeurs à l'Université de Greifswald.

Le premier a condensé ses recherches sur la loi de similitude et l'action des doses infinitésimales, dans une série de publications pour l'analyse desquelles l'espace nous manque ici. Nous nous bornerons à en citer les titres et à en recommander la lecture à ceux de nos confrères familiers avec la langue allemande. Ce sont :

I. *Grundriss der praktischen Arzneimittelehre* (Plan d'une matière médicale pratique). Stuttgart, 1888 ;

II. *Aufgabe und Ziel der modernen Therapie* (Devoir et but de la thérapeutique moderne) Leipzig, 1890 ;

III. *Pharmacodynamik des Schwefels* (Pharmacodynamique du soufre), Greifswald, 1896 ;

IV. *Pharmacotherapie*, Vienne, 1898.

Nous n'énumérons ici que les principaux ouvrages, sans compter toute une série d'articles parus dans les journaux de médecine, tant allopathiques qu'homœopathiques.

Au professeur Rudolf Arndt, nous devons surtout : *Biologische Studien* (Etudes biologiques) Greifswald 1892.

Il ne craint pas de dire dans cet ouvrage : « Chaque remède qui, à un certain degré de concentration, tue et anéantit du protoplasma, annule, à faible dose, l'aptitude au développement; mais en quantité plus minime encore, il produit, au contraire, au-delà du point d'indifférence, un effet, et augmente la vitalité. »

Au même degré, il convient de placer le travail du professeur W. Ostwald, chef du deuxième laboratoire de chimie à l'Université de Leipzig. Ce travail est intitulé : *Studien über die Bildung und Umwandlung fester Körper* (Etudes sur l'organisation et la transformation des corps solides). Il a paru en 1899, in *Zeitschrift für physikalische Chemie* XXII, et reproduit, *in extenso*, avec l'autorisation de l'auteur in *Allgemeine homöopathische Zeitung*, B. 134, 1897.

Cette remarquable étude, que plusieurs fois, déjà, nous avons eu occasion de citer, a pour sous-titre : *Sursaturation et surrefroidissement*. Les recherches de l'auteur ont porté sur la cristallisation de solutions sursaturées, c'est-à-dire surrefroidies, par l'addition de traces de la même substance ou plutôt d'une matière isomorphe à l'état solide, et démontré que, dans une solution de ce genre, la cristallisation survient immédiatement, aussitôt qu'on y ajoute la moindre trace de substance contenue dans la solution.

Ces expériences poursuivies au moyen de triturations homéopathiques empruntées à la pharmacie du Dr W. Schwabe (salol, thymol, borax, etc.), ont établi que les phénomènes de recristallisation se produisaient encore avec la neuvième atténuation décimale, c'est-à-dire avec un millionième de gramme. On peut en juger par ce résultat, les expériences du professeur W. Ostwald confirment étonnamment la posologie homéopathique.

De même importance également, sont les expériences de Naegeli (1).

Cet auteur a prouvé expérimentalement que des composés métalliques solubles (pierre infernale par exemple) sont encore capables, dans une sextillionième atténuation, de tuer des cellules végétales. Il a désigné ces effets sous le nom d'oligodynamiques ; mais on peut même les obtenir au moyen de l'eau mise en contact avec les métaux insolubles (plomb, cuivre, étain, etc.). De l'eau distillée infectée avec des monnaies de cuivre, et pour laquelle l'analyse révéla un contenu de 1/72 000.000 de cuivre, produisit encore les effets oligodynamiques.

Nous pouvons donc maintenant conclure avec le Dr P. JOUSSET ;

« Après les travaux de matière médicale de Hahnemann et de ses élèves ; après les applications de la loi de similitude et de l'atténuation des virus au traitement des maladies par Pasteur, il semblerait que le moment fût venu de réaliser, sur les enseignements magistraux d'Hippocrate, une thérapeutique vraiment positive, thérapeutique qui serait non la thérapeutique d'une école, mais la thérapeutique vraiment ouverte à tous, et qui puisse réunir enfin tous les médecins qui font profession d'être les disciples de la méthode expérimentale. »

Il reste cependant une petite lacune à combler. Nous en parlerons dans un prochain article. (*Revue homéopathique française*).
Dr SUFFERT.

(1) CARL VON NAEGELI. — Ueber oligodynamische Erscheinungen in lebenden Zellen (*Neue Denkschriften der allgemeinen schweizerischen Gesellschaft für die gesammten Naturwissenschaften*, Band XXXII. — Sur les phénomènes oligodynamiques dans les cellules vivantes. (Nouveaux Mémoires de la Société helvétique des Sciences naturelles T. XXXII). — Zurich, de 1891.

MATIÈRE MÉDICALE

DE L'IMPUISSANCE PROVOQUÉE PAR L'ABUS DU TABAC

Le Dr Le Juge de Segrais, médecin des eaux de Luchon, vient de publier un mémoire (1) sous ce titre.

Il publie cinq observations : deux empruntées à la *Revue des sciences médicales* et trois personnelles; nous allons les reproduire avec une partie des remarques qui font suite.

OBSERVATION I. — Elle concerne M. X... chez lequel les premiers accidents parurent en 1876. A cette époque, M. X... ressentit pour la première fois des douleurs rachidiennes d'une extrême violence et d'une grande ténacité qui s'irradiaient dans les cuisses. Le malade accusait de la rigidité musculaire dans les membres inférieurs avec secousses passagères et tremblement persistant, ce qui gênait beaucoup la marche. Au moindre effort, ses membres étaient épuisés de fatigue. Un traitement par les courants galvaniques fit cesser pendant quelques semaines ces premiers accidents; mais le malade continua à fumer comme par le passé, malgré la défense sévère qui lui en fut faite, et les douleurs rachidiennes reparurent. Il dépérit à vue d'œil. Il fut pris de vertiges, de douleurs de tête, de

(1) Mémoire couronné par la Société contre l'abus du tabac, *Archives générales de médecine*, avril 1902.

troubles de la vue, de palpitations. Il perdit peu à peu l'appétit. Depuis neuf mois, l'impuissance génésique avait commencé et elle devint alors complète. On continua à le traiter par les courants continus, l'hydrothérapie, les préparations de fer. Il fut impossible de l'arracher à sa funeste passion. Il usait de toutes sortes de ruses pour se procurer des cigares qu'il fumait la nuit en cachette. Il succomba paisiblement, sans convulsions (1).

Obs. II. — M. A..., âgé de 35 ans, robuste et d'une excellente santé, avait pris l'habitude de fumer une dizaine de cigares très forts par jour. Bientôt il fut pris d'un nervosisme très prononcé. Tremblement incoercible de la main après avoir écrit un certain temps; son champ visuel était obscurci par un brouillard traversé par des scotomes; hyperesthésie du sens de l'ouïe, vertiges, constriction de la tête, douleurs rachidiennes, incertitude dans la marche; impuissance progressive, plus de désirs pour l'acte vénérien. Cet état durait depuis longtemps, lorsque le malade fut pris d'un véritable accès d'angine de poitrine.

Son médecin, mis au courant de la situation, lui imposa l'abstinence complète du cigare et le soumit à un traitement par l'hydrothérapie et les courants galvaniques. Tous les accidents se dissipèrent assez promptement, et au bout de quelques semaines, le malade ne conservait plus qu'un peu d'irritation spinale (2).

Obs. III (*Personnelle*). — M. A..., âgé de 26 ans, tempérament nerveux et bilieux, d'une bonne santé habituelle, pas de syphilis, s'aperçut au commencement de

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, page 83, année 1881.

(2) *Journal de médecine et de chirurgie*, page 84, année 1881.

l'année 1880 qu'il n'était plus aussi porté pour les femmes, que ses érections étaient moins fortes, les désirs sexuels plus rares. Il ne tarda pas à voir ces menaces d'impuissance augmenter, et au mois de septembre de la même année, il n'avait plus d'érections ni de désirs sexuels. Il maigrit, pâlit, devint morose et hypocondriaque, faisant plusieurs traitements à la fois sans en suivre aucun d'une manière continue parce qu'ils n'amendaient pas l'état d'impuissance qui le désolait. Il me confia sa détresse, m'assurant qu'il était décidé à s'affranchir de l'existence, du moment qu'à 26 ans il n'était plus qu'un infirme. Il avait maigri, perdu ses forces, pouvait à peine marcher quelques minutes sans être pris de vertiges, de troubles de la vue, de bourdonnements dans les oreilles. Il ne trouvait aucune cause probable qui pût expliquer ce changement dans sa santé. Cependant il reconnut que c'était depuis qu'il fumait certains cigares très forts venant de l'Inde, que cet état d'impuissance et de malaise avait commencé. Depuis l'âge de 18 ans, il fume plusieurs cigares et deux à trois pipes par jour, et depuis un an, il consomme dix à douze cigares, quelquefois davantage, et plusieurs cigarettes par jour, fumant même dans son lit, en lisant le soir.

Je l'engageai à renoncer carrément au tabac, à prendre des douches froides en jet et en arrosoir de 25 secondes, à faire un traitement par des courants continus, le pôle positif sur la cuisse et le négatif sur les deux testicules, avec des séances de dix à vingt minutes de durée, à suivre un régime tonique de viande et de bon vin de Bordeaux.

Ce traitement fut commencé le 25 septembre 1880 et continué jusqu'au 10 décembre, sans interruption. Ses forces revinrent graduellement ; il pouvait marcher une à

deux heures sans fatigue; après le second mois de traitement, il commença à sentir des désirs sexuels, et graduellement tous les troubles de l'innervation disparurent.

Il avait cessé de fumer entièrement depuis les premiers jours de traitement. La guérison s'est maintenue; depuis ce moment, M. A..., a eu plusieurs maîtresses et je l'ai soigné pour deux blennorrhagies. Il fallait bien qu'il regagnât le temps perdu.

Obs. IV (Personnelle). — M. de R..., âgé de 33 ans, tempérament un peu nerveux, santé générale habituellement bonne, habite huit mois de l'année un château à la campagne. Pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas de goutteux chez ses ascendants. Il est grand chasseur, grand marcheur; il est marié depuis trois ans, et n'a pas eu d'enfants.

Peu de temps après son mariage, il s'aperçut qu'il n'avait plus la même force dans ses facultés génésiques, les érections devenaient rares et incomplètes. Il y a deux ans, il a été pris de douleurs lombaires très vives, puis d'un sentiment de fatigue dans la marche, avec douleurs dans les cuisses et fourmillements dans les pieds, comme à la suite d'un croisement prolongé de jambes. Depuis cette époque, l'impuissance a augmenté, les érections sont presque nulles, la marche est très pénible, M. de R... se fatigue facilement; son médecin lui conseilla les eaux de Luchon, comme reconstituant, d'autres traitements étant restés sans effets.

A l'examen, la contraction des muscles des extrémités inférieures n'est pas exagérée, la sensibilité musculaire est conservée, les réflexes tendineux pas abolis. Les douleurs ressenties ne sont pas fulgurantes; elles survien-

nent après un excès de marche; il y a un peu d'amaigrissement général depuis quelques mois. Tous les organes sont à l'état normal; les fonctions digestives sont devenues lentes; pas de constipation: miction normale.

M. de R... attribue tous les désordres survenus dans sa santé à une intoxication par la nicotine. Il avait seize ans lorsqu'il commença à fumer, et pendant les années qui précédèrent chez lui les premiers symptômes de l'impuissance, il fumait trente à trente-cinq cigarettes par jour, plusieurs cigares et il avalait la fumée.

Actuellement, il a renoncé au tabac, sur le conseil de M. le Dr Bucquoy qu'il a consulté et qui lui a prescrit d'essayer les eaux de Luchon.

Le traitement thermal a commencé le 30 juillet 1899.

Il a consisté en bains de la source Borden à 35° C. et de trente minutes, en grandes douches générales à 38° C. et de huit minutes, boire aux repas de la source ferrugineuse de Sourrouilhe,

Le 9 août. — Il n'existe plus de fourmillements dans les pieds, ils sont remplacés par une sensation de chaleur comme après une longue marche.

Le 11 août. — Bains plus sulfurés de la source de Richard Nouvelle et plus excitants; une séance quotidienne d'électricité, par les courants continus ascendants de quinze à vingt minutes, le pôle négatif à la nuque et le positif au sacrum. — Massage des cuisses et des jambes, surtout à gauche, où il existe un peu d'atrophie des muscles.

Le 20 août, il y a une grande amélioration. — M. de R... peut faire des courses à pied de deux heures sans fatigue.

Le 30 août, M. de R... quitte Luchon. — Il a gagné en

poids 2 kilos 1/2. L'état général est excellent ; il peut faire de longues marches en montagne sans fatigue ; il ne ressent plus ni douleurs, ni fourmillements. Du côté des organes génitaux, M. de R... a des érections le matin, il a eu des rêves érotiques suivis d'éjaculation avec sensation voluptueuse — ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

J'ignore si cette amélioration a persisté, n'ayant pas revu M. de R... depuis qu'il a quitté Luchon. Le D^r Bucquoy a trouvé à son retour l'état général meilleur, mais l'impuissance n'avait pas encore complètement disparu.

Obs. V (*Personnelle*). — M. S..., âgé de trente-cinq ans tempérament un peu nerveux, vient faire une saison à Luchon le 22 août 1899. Ils s'est aperçu, il y a environ dix ans, d'un affaiblissement des organes génitaux ; il y a quatre ans, à la suite d'un surmenage provoqué par ses affaires, il est devenu neurasthénique ; céphalalgie, fatigue de la vue, mémoire affaiblie, dyspepsie, *impuissance complète*.

Il attribue ces troubles de sa santé à la grande quantité de cigarettes qu'il fume journellement et dont il avale la fumée. Cependant, il n'a pas pu parvenir jusqu'à présent à se sevrer de tabac. Il a cherché à ne plus fumer, à se déshabituer de sa cigarette ; mais alors il subit une véritable obsession. Il y pense constamment, ne peut plus rien faire. Il est alors pris de malaises indéfinissables, d'un sentiment de tristesse, de découragement ; il a des oppressions et il perd l'appétit. Il reprend ses cigarettes malgré lui et recommence à fumer avec plus de volupté que jamais. Néanmoins, il désire essayer le traitement sulfureux qui lui rendra peut-être sa vigueur passée.

Le 23 août 1899, M. S... commence le traitement thermal de Luchon qui a consisté en bains de sources faiblement sulfurées, comme celle de Ferras et de Bordeu — puis de sources très sulfurées et excitantes, comme Richard Nouvelle et Grotte — en même temps des grandes douches générales à 38° C. et de dix minutes. Il a eu aussi des séances d'électricité de quinze à vingt minutes par des courants continus, le pôle positif sur la cuisse et le négatif sur les testicules et le périnée.

Le 7 septembre, M. S. trouve qu'il peut marcher plus longtemps sans fatigue, même en montagne. Il se sent plus fort.

Le traitement est continué jusqu'au 23 septembre où il quitte Luchon. L'état général est meilleur ; le teint n'est plus jaune ; les digestions très bonnes. Il a engraisé. Seulement, il n'a pas acquis d'amélioration du côté des fonctions génésiques. Il reste sans désirs sexuels, sans érections. Il comprend que c'est l'abus du tabac qui est cause de sa déchéance. Il est désespéré de ne pouvoir s'en sevrer. Cependant il promet qu'il essaiera de nouveau.

J'ai eu depuis cette époque des nouvelles de M. S... par le D^r Chevalier, chirurgien des hôpitaux, qui le soigne à Paris. Il n'a pas renoncé à sa funeste passion et à l'habitude de fumer. Il est toujours dans le même état de neurasthénie et d'impuissance.

Il nous serait facile de publier d'autres cas où, très manifestement, l'impuissance survenue chez les malades ne peut être attribuée qu'à un abus du tabac ; chez certains fumeurs, qui ont voulu consentir à se sevrer complètement de fumer, les désirs génitaux reparurent assez rapidement. D'autres ne peuvent parvenir à perdre la

funeste habitude du tabac, ne peuvent y renoncer malgré les avertissements et les conseils de l'expérience, même lorsqu'ils savent que leur avenir, que leurs intérêts les plus chers et ceux de leur famille en dépendent. J'ai eu à soigner l'été dernier à Luchon un jeune homme âgé de 33 ans, porteur d'un vieux nom noble, très riche, chef actuel d'une ancienne famille. Comme il est sujet à la pharyngite et à la laryngite, je l'engageai à ne pas fumer. Il me dit que cela lui était impossible et il m'avoua qu'il fumait par jour un nombre incalculable de cigarettes dont il avalait la fumée. Je lui signalai les inconvénients multiples que cet abus du tabac présentait et parmi ceux qu'il devait aussi redouter, l'impuissance. Il ignorait ce très sérieux danger et il convint qu'il s'était aperçu qu'il lui fallait limiter le nombre de ses cigarettes les jours où il sacrifiait à Vénus, s'il voulait se présenter avec tous ses avantages ; que souvent il avait remarqué qu'il n'avait plus le même entrain et la même vigueur s'il fumait beaucoup ces jours-là. Je lui expliquai que c'était déjà un très fâcheux symptôme, qu'il devait tout redouter et qu'il ne lui était pas permis de devenir impuissant lorsqu'il avait un beau nom à transmettre à une descendance, des petits soldats à fabriquer pour la France et qu'il y avait là de quoi le faire réfléchir sérieusement. Ces considérations n'ont pas paru le convaincre, tant chez lui le plaisir de fumer l'emporte sur tout le reste. Il m'a promis qu'il s'amenderait, le pourra-t-il ?

Comment agit la fumée de tabac sur l'économie ? à la manière des poisons lents. L'absorption se fait par l'estomac et par les voies pulmonaires. L'intoxication a lieu graduellement, mais plus rapidement si on avale la fumée, suivant les idiosyncrasies, suivant les différentes

qualités de tabac que l'on fume, suivant l'endurance de chaque individu.

Armand Gautier et Gustave Le Bon ont trouvé dans leurs analyses de la fumée du tabac des alcaloïdes nouveaux beaucoup plus toxiques que la nicotine, et qui paraissent agir surtout sur la moelle épinière à en juger par les expériences faites par eux sur des grenouilles, alcaloïdes qui appartiennent à la série pyridique. M. Gustave Le Bon a trouvé qu'il y avait en outre de l'acide cyanhydrique et de l'oxyde de carbone en proportion assez forte dans la fumée du tabac.

L'on sait qu'il y a toujours de faibles doses d'oxyde de carbone qui se dégagent dans les appartements chauffés soit avec un calorifère, soit avec un poêle mobile. Il arrive que les personnes qui le respirent ainsi tous les jours finissent par avoir de l'anémie, l'oxyde de carbone agissant sur l'hémoglobine. Il n'est pas douteux que les grands fumeurs, surtout ceux qui avalent la fumée, absorbent des doses d'oxyde de carbone qui, journellement répétées finissent par amener la diminution de l'hémoglobine. Certains individus peuvent résister plus longtemps à de plus fortes doses de poison, chacun ayant des organes plus ou moins résistants. La substance toxique est bien susceptible d'agir sur tous, mais elle aura bien plus d'influence sur ces organismes moins résistants et suivant leur degré d'idiosyncrasie, de sensibilité et d'endurance. Il surviendra chez eux des troubles de l'innervation, comme sensibilité et motricité, occasionnant l'anesthésie, l'atrophie et la paraplégie des membres inférieurs.

D'après M. le professeur Raymond, l'oxyde de carbone dialyse du sang, a une action directe sur le tissu musculaire, sur le tissu nerveux et en partie sur la cellule ner-

veuse. On conçoit très bien que l'oxyde de carbone en circulation avec le sang aille imprégner les différentes parties du système nerveux, encéphale, moelle, nerfs périphériques, portant spécialement son action sur telle ou telle partie de ces tissus, dans les lieux de moindre résistance créés par l'hérédité ou par toute autre cause.

Comme anatomie pathologique, nous n'avons eu aucune occasion d'examiner les organes de la génération d'aucun fumeur ayant succombé des suites de l'abus du tabac, et dans l'observation I, que nous avons rapportée de la *Revue des Sciences Médicales*, il n'y a pas eu d'autopsie faite après le décès du sujet en question.

. Le Dr Georges Petit, secrétaire général de la Société contre l'abus du tabac, a fait en avril dernier (1901) au Congrès des Sociétés savantes, comme délégué de cette Société, une très intéressante communication sur les *altérations des organes de la génération sous l'influence du tabac*. Nous en extrayons les passages suivants :

« Ayant soumis différents animaux, chiens, coqs, cobayes, lapins (mâles et femelles) à l'action du tabac, soit en les enfumant à l'aide d'un petit dispositif particulier très rudimentaire, soit en mêlant à leurs aliments des morceaux de tabac, ou simplement des feuilles fraîches légèrement séchées au soleil, et que les lapins dévorent avec avidité, soit en leur donnant, comme nous l'avons fait pour un chien, tous les jours un lavement nicotinisé, nous sommes arrivé à pouvoir examiner dix fois les organes génitaux, dont huit mâles et deux femelles. D'ailleurs, nous devons ajouter que nous n'avons jamais négligé cette partie de la nécropsie après toutes les expériences que nous avons faites.

Nous ne comprenons ici que les animaux qui sont morts de leur intoxication et ceux que nous avons sacrifiés au cours de l'intoxication chronique en vue de leur autopsie.

Voici comment nous pensons pouvoir formuler le résultat de nos recherches.

I. — *Testicule*. — A. Dans l'intoxication *aiguë*, la tunique vaginale est intacte. La queue et la tête de l'épididyme sont augmentées de volume.

Le méso-épididyme est intact.

Le testicule est congestionné : à la coupe, son parenchyme se présente avec une couleur foncée, rouge sombre.

Les canaux séminifères sont le siège d'une prolifération cellulaire avec desquamation épithéliale.

B. — Dans l'intoxication *chronique* : le testicule est diminué de volume et décoloré ; il apparaît blanc à la coupe, type de l'anémie testiculaire de Gosselin.

La tunique albuginée est chagrinée, adhérente, avec quelquefois de petites granulations fibreuses.

Dans le corps d'hygmore induré, on trouve trace d'un néo-tissu fibreux trabéculaire.

Les canaux séminifères sont rétractés, tantôt mous, tantôt indurés ; cette dernière forme nous semble être la plus fréquente ; en certains points, ils apparaissent comme de simples cordons fibreux.

L'épithélium contient de grosses cellules polymorphes.

Il y a partout prolifération du tissu fibreux trabéculaire, d'où il résulte une véritable sclérose atrophiante, se rapprochant beaucoup du type cirrhotique, avec oblitération des canaux sanguins emprisonnés dans le tissu fibreux de nouvelle formation.

veuse. On conçoit très bien que l'oxyde de carbone en circulation avec le sang aille imprégner les différentes parties du système nerveux, encéphale, moelle, nerfs périphériques, portant spécialement son action sur telle ou telle partie de ces tissus, dans les lieux de moindre résistance créés par l'hérédité ou par toute autre cause.

Comme anatomie pathologique, nous n'avons eu aucune occasion d'examiner les organes de la génération d'aucun fumeur ayant succombé des suites de l'abus du tabac, et dans l'observation I, que nous avons rapportée de la *Revue des Sciences Médicales*, il n'y a pas eu d'autopsie faite après le décès du sujet en question.

. Le Dr Georges Petit, secrétaire général de la Société contre l'abus du tabac, a fait en avril dernier (1901) au Congrès des Sociétés savantes, comme délégué de cette Société, une très intéressante communication sur les *altérations des organes de la génération sous l'influence du tabac*. Nous en extrayons les passages suivants :

« Ayant soumis différents animaux, chiens, coqs, cobayes, lapins (mâles et femelles) à l'action du tabac, soit en les enfumant à l'aide d'un petit dispositif particulier très rudimentaire, soit en mêlant à leurs aliments des morceaux de tabac, ou simplement des feuilles fraîches légèrement séchées au soleil, et que les lapins dévorent avec avidité, soit en leur donnant, comme nous l'avons fait pour un chien, tous les jours un lavement nicotinisé, nous sommes arrivé à pouvoir examiner dix fois les organes génitaux, dont huit mâles et deux femelles. D'ailleurs, nous devons ajouter que nous n'avons jamais négligé cette partie de la nécropsie après toutes les expériences que nous avons faites.

Nous ne comprenons ici que les animaux qui sont morts de leur intoxication et ceux que nous avons sacrifiés au cours de l'intoxication chronique en vue de leur autopsie.

Voici comment nous pensons pouvoir formuler le résultat de nos recherches.

I. — *Testicule*. — A. Dans l'intoxication *aiguë*, la tunique vaginale est intacte. La queue et la tête de l'épididyme sont augmentées de volume.

Le méso-épididyme est intact.

Le testicule est congestionné : à la coupe, son parenchyme se présente avec une couleur foncée, rouge sombre.

Les canaux séminifères sont le siège d'une prolifération cellulaire avec desquamation épithéliale.

B. — Dans l'intoxication *chronique* : le testicule est diminué de volume et décoloré ; il apparaît blanc à la coupe, type de l'anémie testiculaire de Gosselin.

La tunique albuginée est chagrinée, adhérente, avec quelquefois de petites granulations fibreuses.

Dans le corps d'hygmore induré, on trouve trace d'un néo-tissu fibreux trabéculaire.

Les canaux séminifères sont rétractés, tantôt mous, tantôt indurés ; cette dernière forme nous semble être la plus fréquente ; en certains points, ils apparaissent comme de simples cordons fibreux.

L'épithélium contient de grosses cellules polymorphes.

Il y a partout prolifération du tissu fibreux trabéculaire, d'où il résulte une véritable sclérose atrophiante, se rapprochant beaucoup du type cirrhotique, avec oblitération des canaux sanguins emprisonnés dans le tissu fibreux de nouvelle formation.

forme, la mort n'arrive pas par hémorrhagie, mais par l'intensité du mouvement fébrile ou par une affection intercurrente. Cette forme correspond à la forme foudroyante de M. Hirtz ; si nous préférons le terme de forme maligne, c'est parce que, chez l'adulte, la maladie si grave qu'elle soit, évolue en plusieurs semaines et ne mérite pas l'épithète de foudroyante.

La *forme anormale*, anormale quant à sa marche qui peut dépasser deux mois, anormale quant à son mouvement fébrile à type variable, anormale enfin par la coexistence de poussées de purpura, de coliques atroces avec ou sans hémorrhagie intestinale, d'œdème et d'arthrite. Cette forme nous est surtout connue par les observations de MM. Couty, Matelain, Mollière et Vernier. Nous en avons nous-même publié une observation extrêmement détaillée dans la seconde série de nos cliniques.

Pourquoi M. Hirtz appelle-t-il le purpura hemorrhagica une *maladie infectieuse* ? Je trouve cette dénomination par trop fantaisiste. Faut-il rappeler à M. Hirtz le chapitre intitulé *de l'infection* dans le livre du professeur Bouchard les microbes pathogènes.

Pour qu'il y ait maladie infectieuse, il faut qu'un microbe pathogène soit introduit dans nos humeurs par effraction, il faut de plus que ce microbe rencontre un terrain approprié. Or, dans le purpura hemorrhagica prétendu infectieux on rencontre quelquefois des microbes communs à plusieurs maladies comme le staphylocoque, le pneumocoque et le coli bacille, mais le plus souvent les microbes pathogènes font absolument défaut.

A notre époque, où l'ignorance de la pathologie générale est presque absolue, il se rencontre des médecins qui emploient sans hésitation des expressions dont ils ne com-

prennent pas le sens et, poussés inconsciemment par des doctrines médicales qu'ils ont peut-être oubliées, le plus grand nombre des médecins repoussent aujourd'hui les maladies de cause interne. Cette étiologie de la cause efficiente leur semble empreinte de spiritualisme et même de mysticisme. Ils tiennent pour cette doctrine qui, dans l'ordre pathologique, n'admet que des maladies de causes externes ; et dans l'ordre moral que des crimes dus au vice de l'organisation sociale. Pour ces médecins, il faut qu'une maladie ait sa source dans le monde extérieur, qu'elle soit due à une infection. On cherche avec soin et l'instrument de l'infection et la porte d'entrée, et si on ne trouve ni l'un ni l'autre, c'est encore l'infection !

Si nous avons le regret de ne pas nous entendre avec M. Hirtz en pathologie générale, nous aurons celui de nous entendre encore moins en thérapeutique.

Ce chapitre, dit M. Hirtz, est malheureusement fort court. Il se résume dans les bains froids pour combattre la haute thermalité, la spartéine et la strychnine contre l'adynamie, le cacodylate de soude probablement parce qu'il est de mode. « En somme, dit M. Hirtz, *nous ne pouvons faire qu'un traitement symptomatique.* » M. Hirtz aurait dû ajouter : comme dans toutes les maladies.

En dehors de la loi de similitude, les médecins n'ont pour se guider dans le traitement des maladies que la loi des contraires. Or la loi des contraires, en dehors de la chirurgie et du traitement des empoisonnements, est la règle de la thérapeutique palliative, de la thérapeutique qui s'adresse aux symptômes. C'est elle qui indique le bain froid dans la haute thermalité et le bain chaud dans l'hypothermie, le chloral dans l'insomnie, la morphine dans la douleur, le purgatif dans la constipation. C'est

une thérapeutique simple, facile, habituellement impuissante, quelquefois dangereuse, mais à la portée de tout le monde !

Et cependant, le purpura a une thérapeutique positive parce qu'elle est basée sur la loi des semblables et la connaissance de l'action des médicaments sur l'homme sain.

Quel est le médicament qui produit sur l'homme sain, comme on peut le voir dans l'histoire des empoisonnements, les pétéchies, les hémorrhagies par toutes les muqueuses, les ecchymoses, la dépression des forces, le mouvement fébrile. C'est le *phosphore* !

Aussi le phosphore est le médicament par excellence du purpura hémorrhagica. Mais il n'est pas le seul, car il y a d'autres médicaments qui produisent des hémorrhagies multiples et les autres symptômes du purpura et parmi ceux-là, trois surtout doivent être signalés : le venin du *lachésis*, le *seigle ergoté* et l'*arsenic*.

Mais de ces quatre médicaments lequel devons-nous prescrire de préférence.

Dans la forme maligne, le *lachésis* est le médicament de choix, parce qu'à côté des hémorrhagies par la peau et les membranes muqueuses, sa pathogénésie nous offre un mouvement fébrile qui répond parfaitement à la fièvre de la forme maligne du purpura : chaleur sèche, soif inextinguible, agitation et angoisse, céphalalgie, vomissements bilieux, selles fréquentes, délire ou état comateux. Le mouvement fébrile est habituellement rémittent avec des alternatives de frisson et de chaleur.

Le *lachésis* répond encore à l'extrême faiblesse avec hypothermie, pouls petit, faible, à peine perceptible.

L'*arsenic* répond comme le *lachésis* aux hémorrhagies et au mouvement fébrile, à la prostration des forces ani-

males et à la défaillance du pouls. Quelquefois on se trouvera bien d'alterner les deux médicaments.

Quant au *seigle ergoté*, il est très indiqué par les hémorrhagies et aussi par les complications gangréneuses qui accompagnent quelquefois la forme maligne du purpura, mais le mouvement fébrile manque le plus souvent dans l'empoisonnement par le *seigle ergoté*.

Dans la forme anormale, les coliques excessivement violentes habituellement mais non toujours accompagnées de diarrhée et de melæna demandent le *colocynthis* contre la douleur et quelquefois même les injections sous-cutanées de *morphine*.

L'*ipéca*, l'*arsenic* et le *seigle ergoté* sont des moyens puissants pour combattre l'affection intestinale et ses hémorrhagies.

D^r P. JOUSSER.

OBSTÉTRIQUE

DU FOETICIDE

Sous ce titre : *le foeticide est-il légitime et dans quel cas*, M. Kossmann a fait à la Société de médecine berlinoise (séance du 22 janvier 1902) une communication dans laquelle il examine dans quel cas le meurtre du fœtus est indiqué et peut, en conscience, être pratiqué.

En ce qui concerne l'avortement, M. Kossmann ne le croit légitime que quand on est convaincu que le fœtus doit succomber avant terme et que la prolongation de la grossesse menace l'existence de la mère.

La question de l'embryotomie au cours de l'accouche-

ment est plus délicate. En pratique, la question qui se pose est celle-ci. A-t-on le droit, pour sauver le fœtus, d'exposer la mère au danger d'une grave opération ou vaut-il mieux sacrifier l'enfant.

Nous reviendrons plus tard sur ces deux indications, suivant nous fort mal posées, mais continuons le compte rendu de la Société de Berlin.

Pour décider sa seconde question, M. Kossmann se perd dans des divagations sur la valeur relative de la vie de l'enfant comparée à celle de la mère.

Dans la séance suivante (29 janvier) M. Kamiener, à propos de la légitimité et des indications du fœticide, se borne à rappeler qu'il a lui-même, l'année dernière, proposé l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses.

Enfin, dans les séances des 12 et 19 février, M. Kossmann, répondant aux divers orateurs, combat l'opinion qui considère l'embryotomie comme sans danger pour la mère. Il rapporte les opinions de médecins qui trouvent l'avortement légitime chez les phthisiques, les épileptiques et les aliénés. M. Kossmann rapporte l'opinion de notre professeur d'accouchement le D^r Pinard, estimant qu'il faut dans tous les cas sauvegarder la vie de l'enfant.

Cette question de l'infanticide pendant la grossesse et pendant le travail présente un côté moral et un côté médical. Nous nous occuperons d'abord du premier.

M. Kossmann a essayé de fixer les indications de l'avortement et de l'embryotomie. Nous nous permettons de trouver ces indications incomplètes et obscures. Peut-être cette obscurité vient-elle d'une traduction mal faite.

L'avortement, suivant M. Kossmann, ne serait légi-

time que quand le fœtus ne doit pas atteindre le terme de la grossesse et que cette grossesse est dangereuse pour la mère.

Nous trouvons cette indication obscure parce que nous ne connaissons pas de signes certains qui nous permettent de déclarer que le fœtus succombera avant le terme de la grossesse. En second lieu, dire qu'une grossesse est dangereuse pour la mère, c'est dire quelque chose de très vague. C'est une simple appréciation sujette à erreur et sur laquelle il est impossible d'instituer une pratique aussi grave que l'avortement.

M. Kossmann semble limiter aux seules indications que nous venons d'étudier la légitimité de l'avortement. Si telle est sa pensée, s'il croit l'avortement criminel dans les cas de phtisie, d'épilepsie et de folie et même dans les cas de vomissements incoercibles, nous l'approuvons complètement.

Dans tous ces cas, l'avortement est un crime inutile à la mère qui continue d'être phtisique, folle ou épileptique. C'est même un crime dans les cas de vomissements dits incoercibles parce qu'avec les médications usitées dans notre école, nous avons plusieurs fois guéri des femmes chez lesquelles l'avortement était décidé.

Nous ne pouvons quitter ce sujet sans protester énergiquement contre la légèreté avec laquelle certains médecins décident de l'avortement. Pourquoi, si vous faites avorter les phtisiques, les épileptiques, les folles, ne faites-vous pas avorter les femmes qui ont trop d'enfants? Qui peut dire ce que seraient devenus ces enfants nés de folles, d'épileptiques ou de tuberculeuses. Est-ce que les maladies sont fatalement héréditaires? Et qui vous a donné le

droit d'éteindre ces existences dont nul ne peut connaître ni mesurer l'avenir.

Quant à l'embryotomie, c'est une erreur, pour ne pas dire un mensonge, de soutenir que cette opération est sans danger. Elle tue l'enfant à coup sûr, sans pour cela toujours sauver la mère. Aujourd'hui où l'asepsie chirurgicale et l'habitude de la laparotomie ont simplifié l'opération césarienne, nous n'hésitons pas, en faisant la part de quelques très rares exceptions, à donner le pas à l'opération césarienne sur l'embryotomie.

Dès 1856, dans l'*Art Médical*, notre école a combattu les doctrines des accoucheurs qui prétendaient légitimer le fœticide. Dans un remarquable travail sur les vomissements incoercibles de la grossesse et de leur traitement, Jules Davasse a pris les conclusions suivantes : « Le véritable génie de la science consiste à rendre l'art conservateur, moral et bienfaisant. C'est pour les médecins que le vieillard de Cos a inscrit cette maxime dans la formule du serment beaucoup trop oublié de nos jours. *Neque simili ratione mulieri pessum subdititimu ad fœtum corrumpendum exhibebo*. C'est à tous les hommes sans distinction, qu'a été adressé le commandement de l'immuable sagesse. *Non occides*. »

D^r P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. FIÈVRE TYPHOÏDE A SYMPTÔMES SPINAUX. — II. GRANDE DILATATION DU CŒUR ; ACTION DISSOCIÉE DE LA DIGITALE ET RYTHME COUPLÉ. — III. ERYTHÈME SCARLATINIFORME INTERMITTENT D'ORIGINE PALUDÉENNE. — IV. MORT DU D^r RENDU. — V. GOUTTE AIGUE DU PHARYNX. — VI. FIÈVRE NERVEUSE AYANT SIMULÉ LA FIÈVRE MALARIQUE. — VII. PARALYSIE DES MEMBRES INFÉRIEURS CHEZ UN GARÇON DE HUIT ANS CAUSÉE PAR L'USAGE D'UNE TROMPETTE A EMBOUCHURE DE PLOMB.

I

(Séance du 11 avril). — M. H. GRENET lit une observation de fièvre typhoïde ayant présenté des symptômes spinaux qui ont pu faire penser à une méningite ; le diagnostic a pu être établi, grâce à la ponction lombaire et à la séro-réaction.

Il s'agissait d'un enfant de 5 ans, qui est entré dans le service du D^r Moizard, pour une fièvre typhoïde tout à fait anormale. Les troubles digestifs furent réduits au minimum ; jamais on ne trouva de taches rosées ; quelques selles diarrhéiques apparurent assez tardivement et restèrent peu nombreuses ; seule la langue présenta pendant toute l'évolution de la maladie les caractères de la langue

typhique. Malgré l'intensité des troubles nerveux et pulmonaires, la température ne fut jamais très élevée ; elle ne dépassa pas 38°6, et présenta une courbe très irrégulière.

En outre, la céphalalgie, la raideur de la nuque, l'ébauche du signe de Kernig, l'hyperesthésie rachidienne et cutanée, les vomissements sans efforts, symptômes que l'on observa pendant les premiers jours, faisaient immédiatement songer à une méningite, soit à une méningite cérébro-spinale, soit, chez cet enfant amaigri et sujet aux bronchites, à de la granulie à localisations prédominantes sur les poumons et sur les méninges. Il semble qu'il était impossible, par l'étude clinique seule, d'éviter cette erreur.

Les résultats de la ponction lombaire eurent ici une importance capitale ; la constatation d'un liquide absolument clair, coulant goutte à goutte, et ne présentant aucune réaction cellulaire, permit d'éliminer l'hypothèse de méningite ; on pouvait alors penser soit à la grippe, soit à la fièvre typhoïde, et les résultats concordants de la fibrine-réaction et de la séro-réaction permirent d'affirmer ce dernier diagnostic.

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet des accidents nerveux qui surviennent dans la fièvre typhoïde ; pour les uns, il peut y avoir quelques lésions inflammatoires des méninges ; pour les autres, ce sont des troubles purement fonctionnels.

Il est probable que les deux cas doivent se rencontrer.

M. HIRTZ relève dans l'observation de M. Grenet, que le signe de Kernig a existé nettement, d'une façon passagère, il est vrai. Il a observé dernièrement deux cas de

fièvre typhoïde qui ont guéri et où le signe de Kernig existait. Chez l'un d'eux, ce signe fut noté vers la fin de la maladie et était accompagné d'exagération du réflexe rotulien et du phénomène du pied. Le malade marchait comme un tabétique spasmodique. Au retour de Vincennes la marche était normale.

II

M. MERKLEN rapporte trois observations très analogues, de malades atteints d'insuffisances mitrale et tricuspiddienne, avec dilatation du cœur, à la période asystolique. Chez ces trois malades, la digitaline produisait le ralentissement et la régularisation des battements du cœur, sans produire de diurèse ; dans les trois cas, on observa un pouls bigéminé (rythme couplé du cœur) et dans les trois cas, la mort survint quelques jours après, deux fois subitement.

Il y a lieu certainement comme l'a bien établi du reste M. Huchard (1) de craindre la digitale dans les cas de rythme couplé du cœur, et de considérer cette modification du pouls comme un pronostic grave.

III

M. BILLET, médecin major à l'hôpital de Constantine, a observé un cas très intéressant de fièvre paludéenne, où les accès étaient accompagnés d'un érythème scarlatiniforme

(1) Le rythme couplé du cœur et la mort par la digitale (*Société des hopitaux*, 8 juillet 1900).

Le 29 août dernier, un zouave de 21 ans est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic scarlatine ; il vient « du camp des oliviers » où règne une épidémie locale de fièvre intermittente depuis le mois de juin.

Il présente, disséminées sur différentes parties du corps, de larges plaques rouge vif. Il y en a sur la face antérieure des bras et des avant-bras, sur le thorax, dans le dos, et enfin à la face antérieure des cuisses ; elles ont tous les caractères de l'éruption scarlatiniforme et sont symétriquement disposées.

Il y a en même temps un peu de rougeur des amygdales et du voile du palais et un léger degré de dysphagie.

Température à 10 heures du matin 39.6.

Le malade a la fièvre depuis le 25, mais l'éruption ne s'est manifestée que la veille ; il ajoute que sa fièvre cesse le soir avec sueurs abondantes.

Le 30 août, apyrexie complète pendant la nuit, léger frissonnement le matin vers 6 h. 1/2, à partir de 9 heures chaleur intense ; à 10 heures, température maximum 39.8.

L'éruption qui avait presque disparu pendant la nuit reparait avec la fièvre et augmente d'intensité avec elle.

A 2 heures, la température s'abaisse pour revenir à la normale vers 8 heures du soir ; transpirations abondantes ; l'érythème a presque complètement disparu vers 4 heures du soir.

Le marche de la fièvre, les trois stades de l'accès, la marche de l'érythème font penser à des accidents paludéens.

L'examen hématologique confirme cette opinion. Le sang fourmille littéralement d'hématozoaires. Il y en a dix à douze par champ du microscope. Quelques globules en renferment deux et trois. Ils se présentent sous leur

forme amiboïde la plus petite, qui caractérise les accès de première invasion.

La *leucocytose* est abondante. Il existe 25.000 leucocytes par millimètre cube, et 70 p. 100 de monocléaires dont dix-sept grands monocléaires ; autrement dit : il y a • *hyperleucocytose mononucéaire* avec prédominance des grands monocléaires, les phagocytes spéciaux du paludisme, comme c'est la règle à la fin des accès palustres.

Il s'agit donc bien, non pas d'un cas vulgaire, mais d'un cas d'*érythème scarlatiniforme intermittent et palustre*.

On pratique à 4 heures du soir une injection de 1 gr. 50 de chlorhydrate neutre de quinine.

Le 31 août, les 1, 2, 3, 4, 5 et 6 septembre, apyrexie complète, l'érythème a complètement disparu, le malade se lève et s'alimente.

Le malade semblait rétabli, lorsque, le 7 au matin, éclate un nouvel accès identique à ceux des 29 et 30 août, avec paroxysme à 9 heures (40° 4). Vers midi en pleine période de chaleur, on distingue très nettement, non plus cette fois de larges plaques scarlatiniformes, mais un fin piqueté rouge très accusé et surtout apparent à la face antérieure du thorax. Il en existe encore au pli du coude, aux aisselles et aux aines. Cet érythème est très fugace et s'atténue considérablement le soir avec la chute de la température. On ne donne pas la quinine.

8 septembre. — Apyrexie complète, point d'érythème.

9 septembre. — Nouvel accès se présentant dans les mêmes conditions que les précédents. Maximum, 40° 5, à 9 heures du matin, et réapparition de l'érythème, très peu accusé cette fois, et simplement localisé au thorax.

Les hématozoaires ont de nouveau envahi la circulation périphérique. Ils se présentent toujours sous la même

forme amiboïde et petite, mais sont moins nombreux qu'au début. On donne cette fois 2 grammes de sulfate de quinine en solution à deux heures d'intervalle (1 gr. à 2 h. 5, 1 gramme à 4 h. 5).

- Apyrexie le 10 septembre. Mais nouvel accès très léger et très court dans la soirée du 11, qui nécessite une nouvelle dose de 2 grammes de sulfate de quinine. L'érythème ne se représente plus. Dès lors l'apyrexie est définitive. Le malade sort de l'hôpital complètement rétabli le 18 octobre, mais nettement cachectique. Aux formes amiboïdes de l'hématozoaire a succédé la forme *en croissant* rebelle, comme on sait, à l'action des sels de quinine.

La première dose de quinine avait coupé la fièvre, mais celle-ci est revenue le huitième jour, comme c'est la règle pour la fièvre quotidienne ; et, à cette seconde apparition, elle a revêtu le type tierce ; la quinine redonnée cette fois d'une façon plus méthodique a guéri le malade, mais l'a laissé assez cachectisé pour qu'on ait eu besoin de la traiter par du cacodylate de fer.

IV

(Séance du 24 avril). — La séance est levée en signe de deuil après une allocution du D^r du CASTEL, président, qui rappelle avec émotion la vie si bien remplie du D^r Rendu, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux. Nous nous associons de grand cœur aux éloges qui ont été donnés à l'homme et au médecin, dont nous avons pu apprécier à plusieurs reprises les grandes qualités et la bonne confraternité.

V

(Séance du 25 avril). — M. VERDALE communique un cas d'angine goutteuse, qu'il a observé l'année dernière à la Bourboule et qu'il rapproche de celui de M. Lermoyez.

Il est appelé en toute hâte auprès d'un de ses malades et le trouve dans l'état suivant :

Anxieux, agité, angoissé, la face congestionnée, les yeux brillants, gonflés, larmoyants, paraissant souffrir énormément, s'exprimant par signe, il a été pris brusquement, quelques instants auparavant, d'une douleur de gorge atroce avec des élancements, augmentant par le mouvement, la déglutition et la parole.

Il dit être atteint de la goutte, car il a déjà eu un accès semblable.

L'examen est très difficile : « la gorge, pharynx, voile et piliers, sont durs, gonflés, d'un rouge ardent, sombre. » Il y a un peu de fièvre.

M. Verdalle administre 2 grammes de salicylate de soude toutes les trois heures, puis l'amélioration survenant rapidement, éloigne les doses. Dès le lendemain soir le malade était assez bien pour sortir.

Nous trouvons la dose de salicylate plutôt exagérée.

A la séance suivante, M. SCHERR, médecin des hôpitaux d'Alger, envoie une observation de goutte aiguë du pharynx, qu'il a observée en 1897, et qu'il publie à cause de son analogie avec le cas de Lermoyez.

Il s'agissait d'un officier en retraite de cinquante-trois ans, qui venait hiverner à Alger ; il était congestionné, les lèvres violettes, la voix nasonnante, la respiration

sifflante et la gorge très douloureuse. A l'ouverture de la bouche, rougeur vineuse, comme vernissée. occupant la luette, la partie droite du palais et le pilier antérieur; l'amygdale très tuméfiée, repoussant la luette. Ce malade expliquait qu'il était gouteux depuis vingt ans et que deux fois des localisations articulaires avaient été précédées d'angine.

Le D^r Scherb conseilla seulement des gargarismes d'eau boriquée très chaude, des enveloppements humides, chauds et sinapisés du cou et fit une piqûre de morphine.

Le lendemain matin, crise de goutte siégeant dans le gros orteil droit. L'angine avait presque complètement disparu.

VI

M. VAILLARD a eu l'occasion de soigner à Paris, en décembre 1900, une dame atteinte de *fièvre nerveuse simulant la fièvre malarique à type quotidien*.

Il s'agissait d'une dame, de 40 ans, d'une forte constitution et d'une bonne santé antérieure, ayant voyagé en août en Corse, dans une partie où s'observe la malaria, ayant passé le mois de septembre dans le Var, dans une localité marécageuse, infectée de moustiques.

Cette dame, très au courant des idées récentes sur le transport des germes de la malaria par les moustiques, avait été prise au mois d'octobre, après quelques symptômes neurasthéniques, d'accès de fièvre, d'abord irréguliers, puis quotidiens et enfin bi-quotidiens.

Ces accès survenaient tantôt dans la matinée, tantôt dans l'après-midi, toujours précédés par de l'énervement, une sensation d'accablement et de l'horripilation. Leur

début se faisait par un frisson intense avec tremblement général et claquement des dents, suivi d'une période de chaleur avec congestion de la face ; ils se terminaient, non par des sueurs abondantes, mais une moiteur générale et une somnolence prolongée. La durée de chaque accès variait de deux à cinq heures. La température axillaire pendant le stade de chaleur s'élevait de 38°5 à 39 degrés et quelques dixièmes.

Malgré l'emploi régulier de la quinine à la dose d'un gramme, les accès se continuaient et avaient amené un état très marqué de dépression nerveuse avec tristesse profonde, idées noires, crainte de la mort, crises de larmes.

Lorsque M. Vaillard vit la malade, il fut frappé de l'aspect presque floride de son teint, contrastant à première vue avec l'aspect anémique si caractéristique des paludéens. La rate était petite, difficile à reconnaître par la percussion ; il existait un certain nombre de symptômes nerveux, mais aucun stigmate d'hystérie. M. Vaillard, pensant qu'il ne s'agissait pas de malaria vraie mais de fièvre nerveuses assista à deux accès consécutifs, constata bien le frisson, suivi de chaleur, avec soif, rougeur de la face, pouls rapide, température à 39.2.

Le sang prélevé au début de l'accès montra que la proportion des hématies et des leucocytes était normale ; il y avait absence complète du parasite.

M. Vaillard guérit la malade par suggestion.

Il lui annonça d'abord que son sang était rempli d'une espèce de parasite qui devait disparaître très promptement sous l'influence de la quinine en injections sous-cutanées ; la malade réclama ces injections immédiatement, bien qu'elle en eût très peur.

Des injections d'eau bouillie, puis de nouveaux exa-

mens du sang annonçant la diminution, puis la disparition des parasites, amenèrent la guérison.

VII

M. VARIOT recevait en novembre dernier la visite du D^r Puche, d'Athies (Somme) qui lui amenait un garçon de huit ans, atteint d'une parésie très prononcée des membres inférieurs. M. Puche suspectait une intoxication saturnine chez cet enfant, qui se servait plusieurs heures par jour d'une trompette à piston.

En examinant le petit malade, on remarquait que sa démarche était lente et traînante, que ses pieds étaient soulevés lourdement du sol à chaque pas, que l'enfant était incapable de se relever seul lorsqu'il était accroupi, que la contraction musculaire était affaiblie dans le triceps crural et les extenseurs de la jambe ; les réflexes du genou étaient abolis.

Tous ces caractères faisaient songer à une névrite périphérique saturnine ; il n'y avait pas le liséré gingival.

L'embouchure de la trompette a été examinée au laboratoire du conseil d'hygiène de France et contenait 88 p. 100 de plomb.

On prescrivit 1 gramme d'iodure de potassium par jour dans du sirop d'écorces d'oranges amères et du quinquina, des bains sulfureux, du miel soufré, des applications de courants faradiques espacés, des massages quotidiens, un litre de lait par jour, des aliments riches en phosphore et le repos. Au bout de trois mois de ce traitement, l'enfant a été très amélioré, et presque complètement guéri au bout de quatre mois.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

REMARQUES SUR L'ACIDE SILICIQUE, d après le D^r H. SCHULTZ.

Travaux de l'Institut pharmacologique de Greiswald.

L'acide silicique est nécessaire à l'organisme vivant, et, à l'état soluble, est absorbé par les plantes. Les graminées en contiennent jusqu'à 70 p. 100 et, on le retrouve dans les tissus des animaux et ceux de l'homme.

Pour éviter toute cause d'erreur, l'auteur a soumis à l'analyse des parties isolées de toute influence extérieure, comme la lentille du cristallin et a reconnu, que pour un kilo de ce tissu débarrassé de son eau, il y avait de 0,0854 grammes à 0,0694 grammes d'acide silicique.

Plus il y a de tissu conjonctif dans un tissu et plus on trouve d'acide silicique dans ses cendres.

Ainsi dans 1.000 gr. (desséché) de chair musculaire on trouve 0,0423 gr. d'acide silicique.

Dans 1.000 gr. (desséché) d'aorte, on trouve 0.0987 gr. d'acide silicique.

Dans 1.000 gr. (desséché) de tendon, on trouve 0.1086 gr. d'acide silicique.

Dans 1.000 (desséché) de capsule du bulbe, on trouve 0.11411 gr. d'acide silicique.

Dans 1.000 gr. (desséché) de pulpe de la rate, on trouve 0.1495 gr. d'acide silicique.

Dans 1.000 gr. (desséché) de corps vitré, on trouve 0.5814 gr. d'acide silicique.

Dans 1.000 gr. (desséché) de capsule de la rate, on trouve 0.1879 gr. d'acide silicique.

La proportion d'acide silicique est en rapport avec l'abondance du tissu conjonctif, 1 kilo de muscle par exemple en contenant 0.0239 gr., égal poids d'aponévrose en contient 0.1064 gr.

La proportion diminue aussi notablement avec l'âge du sujet; ainsi 1 kilo de muscle adulte contient 0.0191 gr. d'acide silicique.

1 kilo de muscle jeune contient 0.0257 d'acide silicique.

1 kilo de peau d'adulte contient 0.0270 gr. d'acide silicique.

1 kilo de peau de jeune contient 0.0385 gr. d'acide silicique.

1 kilo de tendon d'adulte contient 0.0408 gr. d'acide silicique.

1 kilo de tendon de jeune contient 0,0865 d'acide silicique.

Dans l'ombilic de 120 sujets masculins on a trouvé pour 1.000 gr., 0.2436 gr. d'acide silicique.

Comme le fer, la chaux, le soufre, l'iode, l'acide silicique ne doit-il pas trouver place dans la thérapeutique? En 1855 Lersh fait ressortir l'influence de cet acide sur la chevelure, la sécrétion de l'urine, la formation des os et donne l'idée d'en essayer l'emploi dans les maladies des os et du cuir chevelu, sous une forme soluble. La gélatine extraite des os et privée d'eau contient 0.2979 gr. d'acide silicique par kilo.

Hahnemann avait annoncé l'affinité de l'acide silicique pour la peau et les os. Son élève, Trinkx avait conseillé les 2^e et 3^e trituration contre les suppurations profondes,

les ulcérations de la peau, la destruction du tissu cellulaire, des glandes et des os avec succès, et durant des mois contre la carie des os.

L'école d'Hahnemann seule a employé l'acide silicique à l'intérieur. Schussler disait que cet élément est nécessaire à l'organisme, qu'il s'y trouve en de faibles proportions, et que sa disparition est d'autant plus une cause de trouble, et son absorption comme médicament plus rationnelle et utile. La médecine empirique a fait usage contre la goutte, la gravelle, la pierre, la cholélithiase, d'infusions d'une graminée (*equisetum arvense*) dont les cendres contiennent 41,73 p. 100 d'acide silicique.

Pour l'essai de son action, il faut employer le produit pur sous forme soluble. Le quartz pur, finement pulvérisé (Lunge et Millberg, 1901) donne, avec une lessive sodique à 5 p. 100, une solution de 4 p. 100 de l'acide en question ; et à 1 p. 100 elle serait déjà active.

Ceci nous fait voir qu'un corps réputé insoluble, perd cette propriété s'il offre à l'action du dissolvant, par une fine pulvérisation, une plus grande surface, et nous donne l'explication de la production des affections des bronches chez le tailleur de pierre, les meuliers, qui, en dehors de l'action mécanique des poussières de pierre, contractent à la longue un empoisonnement par l'acide silicique, quant la sécrétion bronchique a mis en solution ces fines particules, et par là, facilite leur résorption.

On sait qu'une solution de silicate de sodium et de potassium est attaquée par l'acide sulfurique, et que l'acide silicique se sépare sous forme de gélatine. Or, Paracelse avait énoncé clairement cette métamorphose du quartz et du silex en une matière mucilagineuse.

C'est sous la forme d'aqua silicata, ou bien d'une tritu

ration selon l'usage, dans du sucre de lait que l'acide silicique devra être essayé en thérapeutique.

L'auteur s'est borné à exposer ses vues théoriques, et sera reconnaissant aux praticiens de donner, par leurs expériences, la confirmation de sa théorie.

MÉDICAMENTS DE SUPPURATION.

La pratique homœopathique fait usage de quatre principaux : *Bellad.*, *Hepar s.*, *Mercur*e et *Silicea*.

Bellad. s'emploie quand la région est enflammée, avec des traînées rouges, battements, frissons annonçant le début de la suppuration. La tumeur de *Bellad.* est accuminée, et arrive à une complète maturité, tandis que celle de *Silicea* s'étend en profondeur.

Si le terrain enflammé s'étend et gagne en profondeur, les frissons s'accroissent et l'état général s'aggravant, le malade est sensible au courant d'air, et prédisposé à une sueur abondante, c'est *Hepar s.*, qui est indiqué.

Hepar vient bien après *Bellad.* Comme pour *Silicea* la partie est très sensible. Tandis que les pansements des cas d'*Hepar s.* et de *Silicea* sont agréables, ceux de *Bellad.* et de *Mercur*e donnent de l'aggravation. Pour *Hepar s.*, la peau est malsaine, la moindre égratignure donne du pus, la résistance physiologique de l'organisme est amoindrie.

Aux basses puissances *Hepar s.*, accélère la suppuration ; aux dynamisations élevées il les empêche. *Mercur*e s'applique aux cas plus avancés, quand le pus s'est formé. Il ne convient pas après *Hepar s.* et ne doit pas se donner aussitôt *Silicea*. Donné au début, il peut l'arrêter.

Le sujet de *Mercur*e est affaibli, avec peau sale, sécrétant une sueur grasse, mal odorante, jaunâtre. La chaleur

aggrave et le malade se couvre pour éviter le froid; il a trop chaud, trop froid. La sueur augmente son malaise; les gencives sont douloureuses; il salive, sa respiration sent mauvais. Les selles sont dures et difficiles. Il est plus mal la nuit.

A l'état chronique les ulcères de *Mercure* peuvent s'étendre; ils sont de consistance molle, à bords irréguliers, cuivrés, le fond de l'ulcère couvert de croutes grisâtres. L'ulcère d'*Hepar s.*, au contraire, est creusé, sans aucune dureté ni inflammation. La sécrétion est plus épaisse, verdâtre, avec traînées de sang, et sensible à la pression. *Hepar* convient aux plaies infectieuses.

L'abcès profond de *Silicea* s'ouvre par des trajets fistuleux, à ouverture dure, élevée, bleuâtre, granuleuse.

Silicea seul ne mène pas à la guérison complète; il faut intercaler une ou deux prises de *Sulfur*. Si le pus est épais, foncé, nauséabond, *Lachesis* peut être utile. S'il y a menace de gangrène, avec douleurs brûlantes, améliorées par la chaleur, penser à *Arsenic*.

(*Allg. homoop. Zeitung*, 24 avril 1902).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

EMPLOI DE L'ACIDE SALICYLIQUE EN PETITES

QUANTITÉS POUR FAIRE TOLÉRER LE LAIT.

On sait que le régime lacté est loin d'être toujours bien supporté par les adultes même en parfaite santé et, à plus forte raison, par ceux qui sont atteints d'une affection du

tube digestif. Cependant, le lait est de tous les aliments celui qui irrite le moins la muqueuse digestive, et s'il est parfois mal toléré, la faute en est évidemment aux produits de sa décomposition, soit que ces produits se forment en quantité trop abondante, soit que l'intestin du malade se montre particulièrement sensible à leur égard. Partant de cette idée, M. le professeur A. Schmidt, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Bonn, a essayé de rendre le lait moins décomposable en l'additionnant, avant l'ébullition, d'acide salicylique à la dose de 0 gr. 25 centigr. à 0 gr. 50 centigr. pour la ration journalière de lait, soit 1 litre 1/2 à 2 litres. L'acide salicylique est d'abord soigneusement agité avec une petite quantité de lait froid, puis on verse ce mélange dans le récipient contenant la provision de vingt-quatre heures, on agite de nouveau et on soumet ensuite le lait à l'ébullition. Il n'y a pas lieu de craindre que le lait ainsi traité ne se coagule, car la coagulation ne se produirait que dans le cas où la proportion d'acide salicylique dépasserait 0 gr. 25 centigr. par litre.

L'addition d'acide salicylique ne modifierait en quoi que ce soit ni le goût du lait, ni ses propriétés habituelles; elle ne donnerait lieu à aucun accident, alors même qu'on y aurait recours pendant un laps de temps plus ou moins long. Les premiers essais que M. Schmidt a institués à cet égard se sont montrés tellement encourageants que notre confrère utilise, depuis lors, ce moyen d'une façon systématique chez les sujets atteints de maladies de l'estomac ou de l'intestin. Dans la plupart des cas, il commence par faire prendre le lait additionné d'acide salicylique, pour y substituer le lait ordinaire dès que le patient s'est accoutumé au régime lacté; ou bien il donne, de temps à autre

et pendant quelques jours, le lait salicylé, toutes les fois surtout que la diète lactée commence à être mal tolérée.

Ajoutons que M. Schmidt a aussi eu recours au même procédé chez les nourrissons, mais on doit naturellement alors diminuer la dose d'acide salicylique (0 gr. 10 centigr. par litre).

(*Semaine médicale*, 26 février 1901).

**TRAITEMENT RADICAL DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE
PAR LA PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE COMPLÈTE.**

M. Albarran présente un certain nombre de malades chez lesquels il a pratiqué, par la voie périnéale, l'extirpation complète de la prostate hypertrophiée. L'orateur dit avoir eu recours 31 fois à cette opération sans avoir perdu un seul patient ; sur ces 31 opérés, qui tous étaient atteints d'une rétention plus ou moins complète d'urine et dont la vessie était infectée, 27 ont guéri complètement, 2 ont été seulement améliorés et les 2 autres ont été perdus de vue.

(*Semaine médicale*, 12 mars).

MOYEN DE MASQUER L'ODEUR DU SALICYLATE DE MÉTHYLE.

M. A. Petit (de Lyon) a proposé à la Société de pharmacie de cette ville un moyen bien simple pour masquer l'odeur si pénétrante du salicylate de méthyle qui indispose un certain nombre de malades.

Ce moyen consiste à mêler à ce corps 1,50 à 2 p. 100 d'essence pure de lavande.

(*Répert. de pharm.*, 10 janv. 1902).

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'ACTION HYPNOTIQUE DU DORMIOL.

Le dormiol (diméthyléthylcarbinolchloral) est un liquide incolore, d'odeur piquante, ressemblant à celle du menthol et du camphre, de saveur fraîche et en même temps brûlante.

Des recherches expérimentales sur les animaux ont démontré l'innocuité du dormiol et son prompt effet hypnotique.

M. Bezançon (de Paris) l'a employé en clinique parallèlement avec d'autres hypnotiques (opiacés, sulfonal, trional, choral) et a pu constater, à plusieurs reprises, sa supériorité, ainsi que le prouvent douze observations qui ont été recueillies avec le plus grand soin par le docteur Dumont (de Levallois).

Il résulte de ces observations que le dormiol est un excellent hypnotique qui, dans certains cas d'insomnie rebelle, d'origine neurasthénique, hystérique et même dans les cas d'insomnie alcoolique, peut remplacer avantageusement les autres hypnotiques et même l'hydrate de chloral. En effet, malgré les doses élevées (3 à 4 grammes) employées à plusieurs reprises, M. Bezançon n'a jamais remarqué aucun désordre du côté de la circulation ou de la respiration, et notamment n'a jamais vu survenir l'érythème qui n'est pas rare à la suite de l'administration du chloral.

Le sommeil produit par le dormiol est calme et sans cauchemars; le réveil est normal et ne s'accompagne pas de nausées et de lourdeur de tête.

L'auteur a administré le dormiol à la dose de 1 à 4 gr., en potion dans du julep ou simplement dans de l'eau, associé à du sirop simple. Certains malades lui trouvent

un goût désagréable ; on peut bien aisément remédier à cet inconvénient en le donnant sous forme de capsules gélatinées ou mieux en lavement, aux mêmes doses, associé au laudanum, X à XV gouttes (*Journ. de méd. int*, n° 1, 1802, et *Gaz. des hôpitaux*, 27 février).

HÉMOGLOBINURIE TOXIQUE A LA SUITE D'INGESTION D'ANTYPIRINE

MM. Simon et Maheu. Une petite fille, atteinte de chorée, assez intense, fut traitée, dans le service de M. Guinon, par l'antipyrine à haute dose. Elle en prit 9 grammes en quatre jours. Au bout de ce temps, les urines devinrent de couleur rouge, continrent de l'albumine ; l'examen ~~microscopique~~ n'y révéla pas la présence de globules rouges, mais le streptocoque montra les raies de l'hémoglobine. Un peu de sang fut pris au bout du doigt pour étudier le sérum après formation du caillot ; le sérum était rouge, contenant de l'hémoglobine en solution, et cette hémoglobinhémie persista après la disparition de l'hémoglobinurie.

Tant que l'hémoglobine passa dans l'urine, on y trouva, en même temps, des pigments biliaires, issus vraisemblablement de la transformation d'une partie de l'hémoglobine.

Nous avons étudié, également, le sérum d'une autre choréique soumise à des doses encore plus élevées d'antipyrine. Il y avait de l'hémoglobine dissoute dans le sérum bien qu'il n'y ait pas eu trace d'hémoglobinurie.

M. Comby. Ce fait est tout à fait exceptionnel ; je donne l'antipyrine, dans la chorée, jusqu'aux doses de 6 grammes par jour, je n'ai observé jamais d'hémoglobinurie, rare-

ment un peu d'oligurie, une seule fois une anurie de vingt-quatre heures.

Je n'ai observé des érythèmes qu'en petit nombre ; ils se voient surtout pendant les grandes chaleurs, sans doute parce qu'alors le rein élimine peu.

M. Guinon. Ce fait est, en effet, très exceptionnel. Evidemment, l'antipyrine a été la cause déterminante de l'hémoglobinurie, mais grâce à un substratum qui nous échappe. La veille du jour où a paru l'hémoglobinurie, l'enfant avait la langue sèche, elle était déprimée ; j'ai fait suspendre l'administration de l'antipyrine, et néanmoins l'hémoglobinurie est arrivée le lendemain.

M. Variot. Cette hémoglobinurie est comparable à celle que l'on peut observer à la suite d'administration du chlorate de potasse ; j'en ai vu un cas chez un enfant de six ans qui avait pris, pendant deux jours, 2 ou 3 grammes de chlorate.

M. H. Leroux. Les érythèmes antipyriniques ne sont pas liés à l'oligurie, car j'en ai observé un chez un enfant atteint d'une polyurie de quatre à cinq litres par jour.

M. Netter. Il est logique de rapprocher ces érythèmes des éruptions post-sérothérapiques ; ils peuvent s'accompagner d'arthralgies comme ces dernières ; comme ces dernières également, ils peuvent ne survenir que plusieurs jours après l'administration du médicament, quelquefois huit et dix jours.

(*Bulletin médical*, 20 novembre 1901).

BIBLIOGRAPHIE

A DICTIONARY OF MATERIA MÉDICA.

Nous avons reçu le deuxième volume (1) de cet important ouvrage ; l'abondance des matières a obligé le D^r Clarke a le diviser en deux parties :

La première contenant 736 pages va de *J.* à *Pel* ; la seconde contient 877 pages et va de *Pen* à *Z*.

Nous ne pouvons que répéter ce que nous disions du premier volume ; le travail du D^r Clarke est très complet, il nous donne la pathogénésie de tous les médicaments habituellement employés en homœopathie et y ajoute des renseignements sur un grand nombre de substances peu connues ou nouvelles dont nous pourrions nous servir en connaissance de cause.

Répétons, en terminant qu'il nous semble qu'un répertoire alphabétique terminal des maladies et des symptômes importants indiquant tous les médicaments pouvant être employés aurait rendu de grands services aux médecins praticiens en simplifiant leurs recherches.

Quoi qu'il en soit, l'ouvrage du D^r Clarke nous paraît un des plus importants de ceux qui ont été publiés dans ces dernières années en homœopathie.

(1) 2 volumes, the homœopathic publishing Company, 12 Warwick Lane. Paternoster row, Londres 1902.

Voici par exemple un médicament traité par le D^r Clarke.

APOCYNUM CANABINUM

Chanvre indien (américain) Apocynacées. Les expériences ont été faites avec la teinture de plante fraîche ou des infusions de racine fraîche pulvérisée. Des infusions aqueuses (avec juste assez d'alcool pour les empêcher de fermenter) paraissent plus efficaces que les teintures. On doit employer la plante entière fraîche, y compris la racine, pour faire la teinture ou l'infusion.

Indications cliniques. — Ascite. Catarrhe. Coryza. Diabète insipide. Diarrhée. *Hydropisies*. Incontinence d'urine. Affections du cœur. Hydrocéphalie. Ménorrhagie. Métrorrhagie. Nausées. Névralgies. Enchiffrement. Troubles cardiaques dus au tabac. Difficulté d'uriner. Vomissements.

Caractéristiques. — Les effets cliniques de *strophantus* et les symptômes produits chez les malades, à qui on l'a administré à fortes doses, montrent clairement les relations qui existent entre lui et l'*apocynum*. Tous les deux produisent un trouble gastrique intense, une dépression énorme de l'énergie cardiaque, tous les deux agissent sur les hydropisies et produisent la diurèse. L'*apoc. c.* déprime le cœur, les reins, et les intestins, en relâchant les sphincters. Il cause une grande sensation d'abattement ; engourdissement et égarement cérébral. Etourdissements. Hémorrhagies. Les hydropisies d'*apocynum* sont des hydropisies générales avec ou sans maladies organiques ; enflure de toutes les parties du corps ; hydropisies cardiaques. Les excréments sont diminuées, particulièrement en urines et les sueurs. Des hydrocéphalies ont été guéries par lui : « enfant couché dans la stupeur, avec mouvement

involontaire constant d'un bras et d'une jambe. » « Paralysies du côté gauche ; un œil immobile, l'autre roulant constamment. »

Trois cas de névralgies du côté droit — aine, hanche, et un cas dans la région du rein droit — ont été guéris par ce remède. Tous étaient violents, amenant des cris. Dans un cas, la douleur se déclara subitement et était aggravée par le plus léger bruit. Hale dit que les reins sont le siège principal de la drogue et que c'est dans les hydropisies d'origine rénale qu'elle est le plus curative. Elle a guéri des cas de diabète insipide « avec une sensation d'abattement dans le creux de l'estomac, avec une grande faiblesse ». Les hémorrhagies, principalement les ménorrhagies et les hémorrhagies de l'âge critique, ont été guéries par son emploi. Hale a trouvé qu'il ramenait les époques lorsqu'on le donnait dans des cas d'hydropisies.

La diarrhée est plus forte aussitôt après les repas. Les aliments et les boissons sont immédiatement rejetés, cependant la faim persiste. Elle est plus forte le matin, en se levant. Beaucoup de symptômes sont plus marqués après le sommeil.

Relations. — Comparer avec Apoc. andr., Alstonia const., Strophanth., Acet. ac., Apis (absence de soif dans les hydropisies), Arsen., Bell., Bry., Chin., Colch., Digit. (hydropisies ; pouls petit), Elat., Helleb. (hydrocéphalie, ascite) ; Ali., Gamb., et Trombod. (diarrhée), K. ca., Lyc., Merc., Merc. sul., Les Loganiacées : Nux v., Ignat., Curare ; Spig., Scill., Sul., Verat.

SYMPTOMES

Moral. — Engourdissement cérébral ; nervosité, accablement.

Tête. — Etourdissement. — Douleur pèrçante très marquée dans la tempe droite, suivie de vertige. — Vertige survenant et disparaissant subitement. — Hydrocéphalie : stupeur, vue d'un œil totalement perdue, l'autre presque; le front proéminent; les sutures ouvertes; période d'exsudation.

Yeux. — Yeux enflammés; surtout le matin et le soir. — Comme s'ils avaient du sable.

Nez. — Coryza violent. — Nez et gorge remplis d'un mucus jaune épais en se levant le matin. — (« Enchiffrement chez les enfants ») — Sécheresse particulière de la muqueuse du nez, avec sensation de raideur, suivie par la sécrétion d'un mucus jaune épais, précédée quelquefois d'un écoulement liquide et irritant.

Foie. — Face pâle, couverte d'une sueur froide (diarrhée), — Lèvres sèches.

Bouche. — Langue sèche, soif opiniâtre. — Langue chargée — Crachottement constant, augmentation de mucus et de salive.

Estomac. — Soif en se levant. — Grande soif; mais l'eau déplatt, amène des douleurs et est immédiatement rejetée (*Ars.*). — Il ne peut tolérer la nourriture et les boissons, qui sont immédiatement rejetée. — Gonflement après un repas modéré. — Sentiment de faim, mais, quand elle mange, arrêt à l'épigastre, renvois acides, douleur. — Extrême défaillance épigastrique. — Excessive oppression à l'épigastre et à la poitrine, peut à peine assez respirer pour fumer un cigare. — Ascite, souvent avec diarrhée chronique.

Selles et anus. — Diarrhée facile le matin, sans douleur. Diarrhée explosible, involontaire, aussitôt après avoir mangé. — Selles copieuses, jaunes ou brunes, comme de

la bouillie de maïs ; contenant quelquefois des aliments mal digérés. — Prostration extrême après les selles. — Constipation bien que les matières ne soient pas dures. — Hémorroïdes avec sensation comme si un coin était enfoncé dans l'anus. — Tension du rectum. — Douleur dans l'anus. — Evacuations peu abondantes. — Selles aqueuses. — Symptômes survenant toujours immédiatement après avoir mangé.

Organes urinaires. — Les organes urinaires sont inertes, les urines peu abondantes, mais coulant aussi aisément que de l'huile. — Violentes douleurs expulsives de la vessie. — Urines copieuses et même involontaires par relâchement du sphincter. — Urines profuses peu colorées ; pas de sédiment. — Incontinence.

Organes génitaux mâles. — Pénis et scrotum gonflés, hydropiques.

Organes génitaux féminins. — Ménorrhagies épuisantes (continuelles et paroxystiques). — Le sang est expulsé en gros caillots, quelquefois à l'état fluide. — Aménorrhée chez les jeunes filles ; gonflement des jambes et de l'abdomen.

Organes respiratoires. — Oppression ; peut à peine parler ; parle d'une façon saccadée ; est obligé de faire des respirations profondes. — Violente toux enrouée, plus forte le soir. — Hémoptysies. — Toux courte et sèche, grasse et bruyante, avec oppression — Respiration courte, difficile.

Cœur. — Battements irréguliers, élancements et sensation de prostration à la région cardiaque. — Douleur fréquente, aiguë et par coups irréguliers au niveau du cœur avec palpitation. — Pouls lent, pénible. — Pouls irrégulier, intermittent, par moment faible, bien que lent. Pouls rapide et faible, quand il se remue. — Défail-

lance en remuant la tête. — Palpitations désagréables en marchant; action du cœur à peine perceptible.

Membres. — Etat rhumatismal. — Jointures raides, surtout en se remuant le matin. — Mouvements involontaires constants d'une jambe et d'un bras.

Membres supérieurs. — Ongles des doigts d'un rouge bleuâtre.

Membres inférieurs. — Douleurs dans les deux genoux. Œdème des pieds, des chevilles et des jambes.

Généralités. — Diminution des excrétiions, surtout des urines et des transpirations.

Sommeil. — Somnolence l'après-midi, insomnie la nuit. — Stupeur. — Désir de dormir en se couchant, mais impossibilité de le faire. — Assoupissement avant et après les nausées et vomissements.

Fièvre. — Le corps est couvert de larges gouttes de sueurs froides. — Hydropisie après la fièvre scarlatine; après l'abus de la quinine.

D^r MARC JOUSSET.

Vient de paraître

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris.

CONSTITUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE

PAR M. LE D^r P. JOUSSET

Un vol. in-8°. — Prix 2 fr.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

JUIN 1902

THERAPEUTIQUE

QU'EST-CE QU'UN DIURÉTIQUE ?

Sous ce titre : *Evolution et modes de guérison des ascites cirrhotiques*, M. Chauffard, médecin de l'hôpital Cochin, publie dans la *Semaine médicale* du 22 mai un travail dans lequel, après avoir établi le rapport qui existe entre l'augmentation et la diminution de l'ascite et le poids du corps, il décrit les différents modes de guérison de ces ascites. C'est ce dernier point que nous voulons retenir et examiner.

Pour M. Chauffard, abstraction faite de l'opération de Talma, il n'existe qu'une méthode pour guérir l'ascite : « Soustraire de l'eau à l'organisme, deshydrater assez les tissus pour modifier le courant osmotique abdominal et faire reprendre dans la réserve ascitique de quoi compenser les pertes en liquide subies par l'organisme » (page 179¹).

M. Chauffard appelle très justement cette thérapeutique *physiologique*. Pour notre compte, nous avons vu que, depuis des siècles, on a la prétention de se tenir étroitement dans le domaine physiologique et d'instituer des

traitements rationnels et qu'on arrive, après des dissertations plus ou moins savantes, à des nullités pratiques.

Ainsi M. Chauffard résume toute la thérapeutique de l'ascite cirrhotique dans la paracenthèse de nécessité, l'oxymel scillitique (quel parfum de vieille officine !), la potion de Millar et l'eau-de-vie allemande, puis comme dernière ressource, l'opération de Talma qui consiste à ouvrir le ventre pour évacuer l'eau et à déterminer des adhérences entre les organes abdominaux et, par conséquent, des suppléances circulatoires.

Laissons de côté les drastiques qui, évidemment, soustraient de l'eau à l'organisme, peuvent dans certains cas faire disparaître l'ascite par le mécanisme indiqué quelques lignes plus haut, mais dont ni la physiologie ni la raison n'expliquent l'action curative définitive sur la cirrhose.

Cette action curative est, du reste, fort douteuse et, dans le cas rapporté par M. Chauffard, la guérison sera-t-elle durable ?

La question est donc maintenant bornée à l'action curative des diurétiques dans l'ascite cirrhotique.

L'ancienne opinion, qui expliquait l'action curative des diurétiques par une action primitive du rein, une augmentation considérable de la diurèse qui s'alimentait au dépens des liquides constituant les hydropisies, cette opinion est fausse. Les phénomènes se succèdent, en un sens inverse, comme le remarque très bien M. Chauffard ; par un mécanisme qu'il n'explique pas, le liquide de l'ascite est repris par la circulation, il agit alors à la manière des injections de sérum, la pression artérielle augmente et la diurèse s'établit.

Mais ce n'est pas avec l'oxymel scillitique qu'on obtient de semblables résultats.

Qu'est-ce donc qu'un diurétique? Est-ce la digitale, le nitre, la scille?...

Un diurétique est un médicament qui modifie l'organe malade de telle sorte que les fonctions de cet organe sont rétablies au moins en partie. Le diurétique dans les hydropisies cardiaques dues à l'asystolie est le médicament qui augmente la contraction du cœur et la pression artérielle, il s'appelle digitale, caféine, théobromine, strophantus, etc...

Dans la cirrhose, le diurétique est le médicament qui modifie le tissu hépatique malade et le rend plus ou moins perméable au sang qui vient de la veine-porte, il s'appelle peut-être la bryone, peut-être le venin de serpent, mais il s'appelle à coup sûr le calomel, que j'ai vu souvent améliorer et quelquefois guérir la cirrhose après une diurèse de 3 ou 4 litres par vingt-quatre heures.

Pourquoi? Parce que, n'en déplaise à tous les thérapeutes physiologiques, le calomel produit chez l'animal des lésions analogues à la cirrhose biliaire, comme je l'ai démontré dans les expériences présentées à la Société anatomique.

Dans l'anasarque et l'ascite qui accompagnent les néphrites chroniques, le diurétique sera le médicament qui modifie la circulation rénale, augmente la perméabilité de cette glande. Ce sera tantôt la térébenthine ou le copahu, tantôt la glonoïne, souvent la cantharide, peut-être le sérum d'anguille et le calomel. Car toutes ces substances ont une action élective sur le rein, déterminent expérimentalement des néphrites et, par conséquent, dans des conditions de doses déterminées, d'indications particulières, peuvent diminuer la lésion qui

entretient l'oligurie et cause indirectement l'anasarque et l'ascite.

On le voit, nous sommes loin de l'oxymel scillitique et de la potion de Millar.

La question des diurétiques est autrement complexe. Ce n'est pas, en se plaçant seulement au point de vue physiologique qu'il est possible de déterminer le médicament qui amènera une diurèse favorable dans tel ou tel cas d'hydropisie. Les siècles se sont passé, les plus grandes intelligences médicales ont lutté corps à corps avec ce difficile problème des diurétiques pour arriver à quel résultat ! d'accorder à un certain nombre de médicaments la propriété hypothétique d'augmenter la quantité des urines et de constituer ainsi, à l'image des antiphlogistiques, des toniques, des sudorifiques et des autres classes systématiques de médicaments, les diurétiques. Or, et remarquez bien ce dernier point, tous ces diurétiques, à commencer par le nitrate de potasse et la digitale, ne produisent jamais une diurèse chez l'homme en santé ; et leur action diurétique, comme tous les médecins le savent bien du reste, ne se manifestent que dans des maladies déterminées. La digitale, la théobromine, la caféine, le strophanthus, le convallaria maialis, la spartéine, l'adonis vernalis et la scille ne produisent la diurèse que chez les malades présentant à la fois une défaillance du muscle cardiaque et une hydropisie généralisée. En dehors de ces deux conditions, ils n'ont qu'une action nuisible ou nulle. Ce ne sont donc pas des diurétiques, mais bien des médicaments cardiaques.

Je pourrais répéter le même raisonnement pour le foie et le rein, mais notre première démonstration suffit amplement.

Répondant à la question qui sert de titre à cet article nous dirons qu'un *diurétique est un médicament qui agit directement sur l'organe cause de l'oligurie*. Nous ajouterons que la physiologie ne peut guère nous aider dans la recherche des actions diurétiques, tandis que la matière médicale expérimentale, celle qui nous fait connaître et la localisation et le mode d'action des médicaments, peut, au contraire, quand elle est dirigée par la loi des semblables, nous fournir des indications précieuses sur l'action diurétique des agents pharmaceutiques dans les maladies.

D^r P. JOUSSET.

TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL RÉNAL DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Le D^r Huchard, dont on connaît la haute compétence sur tout ce qui touche aux maladies du cœur, vient de publier un article sur ce sujet (1). Nous allons le reproduire et le feront suivre de quelques remarques sur le choix de la station hydro-minérale, recommandée spécialement par le D^r Huchard, au détriment de quelques autres eaux françaises identiques et qui nous paraissent devoir être prescrites au moins sur la même ligne.

Cet article est extrait de la lettre-préface de la thèse de M. le D^r Bergouignan, ancien interne des hôpitaux.

« Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine

(1) *Journal des Praticiens*, 31 mai.

soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. »

Cette affirmation que j'aime à souvent redire, comme j'aime à l'appuyer sur de nombreux exemples, vous voulez bien la reproduire au commencement de votre thèse inaugurale, et vous ajoutez : « Ce sont les maladies du cœur qui réservent au praticien expérimenté ses plus beaux succès thérapeutiques. »

Laënnec, qui ne s'est jamais trompé, l'avait dit avant nous, et il avait bien vu qu'on « réussit à faire vivre certains malades pendant quinze ou vingt ans avec des maladies de cœur plus ou moins graves. »

Sans doute, on ne peut pas, donc on ne doit pas, à l'exemple de quelques eaux minérales de l'étranger qui proclament bruyamment par une réclame malsaine des cures aussi miraculeuses que mystérieuses, on ne doit pas, dis-je, poursuivre la guérison anatomique de ces maladies, guérison aussi impossible que le serait celle des cicatricés d'une blessure. La thérapeutique vraiment scientifique vise la guérison fonctionnelle, et lorsqu'elle est bien conduite suivant des règles précises et presque mathématiques, d'après une médication spéciale qui a été de notre part l'œuvre de trente années d'études, je dis et j'affirme que cette guérison fonctionnelle peut se maintenir pendant de longues, de très longues années, et c'est ainsi que nous avons pu constater des survies de dix, vingt et même trente ans, sans trop de souffrances. Car, la curation des cardiopathies marche de pair avec la sédation de la douleur, œuvre divine, a dit Hippocrate (*sedare dolorem, divinum opus*).

Que nous sommes loin du temps où Sénac, en 1749, écrivait que « l'étude des cardiopathies donne souvent

l'inutile satisfaction de mieux connaître l'impossibilité de les guérir » ; où vers le commencement du xix^e siècle, Broussais parlait des maladies de cœur comme d'une « étude de pure curiosité, qui ne fournit rien à la thérapeutique, et que s'opiniâtrer à la rechercher, c'est s'exposer au hasardeux, à l'hypothétique et même à l'imaginaire » ; où Corvisart proclamait l'incurabilité des maladies du cœur, et jetait ce cri de troublante désespérance : « On trouve presque partout le fatal pronostic de la mort ; *hæret lateri lethalis arundo* » !

Je ne cite pas les contemporains. Mais, pour ceux qui font consister encore la cardiothérapie dans l'emploi des drogues et qui ne connaissent que la digitale pour les affections valvulaires, et les iodures (dont on abuse singulièrement) pour les maladies artérielles, pour ceux qui ne voient que le cœur central sans prendre garde au grand cœur périphérique, pour ceux encore en France qui, dans leurs écrits ou leurs traités, ne prononcent même pas le nom de « cardiopathies artérielles » (probablement parce que leur étude est née chez nous), pour ceux enfin qui ignorent parce qu'ils veulent ignorer — la pire des ignorances ! — la thérapeutique doit rester décevante, comme aux temps de Sénac, de Corvisart et de Broussais.

Lorsque vous êtes entré comme interne dans notre service de l'hôpital Necker, il y a dix-huit mois, vous convenez que « le terme de maladie du cœur était pour vous, comme pour tant d'autres, synonyme de souffles organiques, d'altérations orificielles, et de troubles hydrauliques consécutifs ». Vous vous êtes mis ardemment à l'œuvre, et comme vos aînés dans notre service, vous êtes arrivé à aimer l'étude de la cardiopathologie parce que vous l'avez bien apprise ; vous avez compris que les cardiopathies

artérielles constituent la grande majorité (70 0/0) des maladies du cœur, vous avez éprouvé la plus grande satisfaction pour un médecin, celle de constater la curabilité fonctionnelle de ces maladies, et vous avez accepté avec un réel enthousiasme le sujet de thèse que je vous ai proposé : Le traitement rénal des cardiopathies artérielles.

« La maladie est au cœur, le danger au rein », comme je ne cesse de le dire, et j'ajoute que dans toutes les cardiopathies valvulaires et surtout artérielles, la thérapeutique doit toujours viser, non le cœur central, mais le cœur périphérique. C'est cette thérapeutique qui nous a donné, comme vous le dites, les « plus beaux succès » parce qu'elle s'appuie sur des principes physiologiques que l'on me permettra d'énoncer une fois de plus :

« Dans les maladies du cœur, et même dans les états morbides divers, l'insuffisance cardiaque ne vient pas seulement du moteur central ni de ses lésions dégénératives ou de sa faiblesse, elle est encore souvent en rapport avec les obstacles périphériques que le myocarde parvient difficilement à surmonter, et il suffit de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Alors, au moyen de la médication hypotensive, réalisée par le régime alimentaire, par le massage et certaine gymnastique musculaire, par les éthers nitriques parmi lesquels la trinitrine et le tétranitrol occupent la première place, peut-être par l'organothérapie, le cœur périphérique vient au secours du cœur central, après en avoir troublé et entravé le fonctionnement(1). »

(1) La thérapeutique : ce qu'elle doit être, *Journal des Praticiens*, avril 1902.

En un mot, si à l'état normal les vaisseaux sont les auxiliaires du cœur, ils en deviennent les plus grands ennemis à l'état pathologique, lorsque par leur contractilité exagérée ils constituent des obstacles que le moteur central de la circulation est obligé de vaincre. Le développement de l'artério-sclérose est toujours précédé par une phase de troubles fonctionnels consistant dans un état plus ou moins accusé de vaso-constriction et d'hypertension vasculaire consécutives, dues à des causes diverses, parmi lesquelles les causes toxiques et le régime carné intensif, si riche en toxines vaso-constrictives, tiennent la première place. Combattre dès le début cette hypertension dans sa cause par la prescription d'un régime alimentaire qui devient la base du traitement, la combattre encore dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive, favoriser de bonne heure l'élimination des toxines par le traitement rénal ou diurétique, tel est le problème à résoudre. Reconnaître, de bonne heure également, la première période fonctionnelle de la maladie, faire le diagnostic précoce de la presclérose caractérisée par un état d'hypertension artérielle plus ou moins permanente, c'est œuvre de clinicien. Il prévoit les lésions anatomiques qui seront tôt ou tard la conséquence de cette sorte de surmenage vasculaire presque ininterrompu, et quand la clinique prévoit, la thérapeutique est bien près de prévenir...

Donc, nous avons en main la médication préventive de l'artério-sclérose. Sans doute cette opinion n'est pas admise par quelques théoriciens qui, s'appuyant sur de simples méditations conçues dans le silence du cabinet, n'entendent pas la grande voix des faits, et admettent, sans jamais en fournir la preuve, que l'hypertension sanguine est l'œuvre et l'indice de lésions vasculaires déjà

constituées et presque latentes. Or, il convient d'attendre, pour répondre et combattre à armes égales, que ces méditations s'appuient sur un nombre même inférieur à celui de 7.400 observations que vous avez eu la patience de compiler.

Les grands savants du jour, où ceux qui se croient tels — « hommes pleins de science et parfois dépourvus de sens », comme disait J.-J. Rousseau — ne peuvent concevoir une maladie sans lésion, de sorte qu'ils attendent pour agir, que les altérations anatomiques, une fois constituées soient devenues irrémédiables. Ils renoncent alors aux bienfaits de cette thérapeutique fonctionnelle dont je parlais il y a quelques semaines (1) à la leçon inaugurale de mon cours, et qui s'appuie cependant sur la physiologie. « Si la fonction fait l'organe, la maladie de la fonction fait la maladie de l'organe », a dit Claude Bernard. Telles sont les bases de la thérapeutique : elle sera physiologique, ou elle ne sera pas.

Il devait y avoir une sanction à cette étude sur le traitement rénal (et vasculaire) des cardiopathies artérielles. Cette sanction, vous allez la donner dans l'avenir aux eaux d'Evian dont je suis, comme vous le savez, un grand partisan, ainsi que d'autres eaux similaires. Pour bien marquer l'importance qu'il convient d'attacher à cette médication hydro-minérale, il suffit de reproduire un extrait de la conférence que j'ai faite en septembre 1901, à la fin du voyage aux eaux minérales du Dauphiné et de la Savoie.

(1) Huchard. *Traité des maladies du cœur*, 1889-1902. *Académie de médecine de Paris*, 5 mars 1901. *Académie de médecine de Belgique*. (La médication hypotensive), 27 avril 1901.

« Quand un malade est envoyé à Evian, invariablement il riposte : « Pourquoi Evian ? C'est de l'eau claire, il n'y a rien dedans ». Il s'attire alors cette réponse de ma part : « En effet, il n'y a rien dedans ou presque rien ; mais trouvez-moi une eau qui ne renferme rien, c'est-à-dire qui soit à l'état de pureté complète ? Il y en a bien peu, et c'est précisément ce qui caractérise son action puissante, ce qui fait sa supériorité lorsqu'il est nécessaire de procéder à de véritables lavages de l'organisme ».

Souvent, en effet, ce sont les eaux les plus faiblement minéralisées qui ont le plus d'action, sans que nous sachions d'ailleurs, ni pourquoi, ni comment. Les médecins de la localité disent que, pour juger l'eau d'Evian, « il faut voir non ce qu'elle apporte, mais ce qu'elle emporte. »

Ils ont raison, car elle emporte beaucoup de substances toxiques, beaucoup de déchets de l'organisme.

Très faiblement alcaline, bicarbonatée calcique, située à une bonne altitude surtout pour les cardiaques, elle possède des propriétés physiologiques complexes faciles à résumer en quelques mots. Il faut d'abord savoir que cette eau s'élimine 14 ou 15 fois plus rapidement que l'eau ordinaire, même la plus pure, et c'est pour cela que l'on dit d'elle : « Sitôt bue, sitôt rendue. »

Elle est diurétique et dépurative, tonifiante, anti-uricémique, apéritive et digestive.

1° *Diurétique et dépurative*, facilitant les phénomènes d'osmose par une plus rapide circulation intracellulaire, elle active les échanges organiques, et s'éliminant rapidement, elle entraîne avec elle tous les déchets de la nutrition. L'urée est particulièrement augmentée, et comme elle est le diurétique physiologique par excellence, cela explique pourquoi cette eau, déterminant une production

et une élimination plus abondante d'urée possède une action rénale si remarquable.

2° *Tonifiante*, ce qui est démontré par l'augmentation de l'excrétion des chlorures dont l'extrême diminution est souvent l'indice d'un grave pronostic et la signature de la défaillance de l'organisme.

3° *Anti-uricémique* : elle diminue l'acide urique, et c'est ainsi que certains accidents sont écartés. En effet, qu'est-ce que l'acide urique, et que fait-il dans l'économie ? Poison vaso-constricteur, il convulsionne les artères. Sous l'influence de cette vaso-construction il se fait de l'hypertension artérielle qui, étant le prélude (présclérose) et la cause de la sclérose vasculaire, est avantageusement combattue par toutes les eaux diurétiques et anti-uricémiques, parmi lesquelles la source Cachat occupe une place prépondérante. Sans aucun doute, ces eaux ne guérissent pas la sclérose artérielle confirmée ; elles font mieux, puisqu'elles la préviennent dans cette période d'artériohypertension ou de présclérose, alors que les lésions, souvent irrémédiables, sont absentes.

4° *Apéritive et digestive* : elle agit, dit-on, par CO_2 . Je n'en sais rien, et tous les hydrologues ont fait depuis longtemps la remarque qu'il n'y a pas de concordance entre la composition chimique et l'action thérapeutique des eaux. Par conséquent, il ne faut pas baser un traitement hydrominéral exclusivement sur leur constitution minérale. Exemples : Comment Plombières guérit-elle les entérites ? On n'en sait rien. Comment Vichy agit-il sur la lithiase biliaire, on s'en doute, on n'en est pas certain. Il en est de même pour certaines eaux purgatives naturelles où l'eau contenant 3 grammes de sulfate de soude peut purger. Or, voyez l'effet de 3 grammes de sul-

tate de soude du pharmacien ; il sera tout à fait nul. Ce qui importe donc avant tout, c'est l'observation thérapeutique et c'est à cette observation qu'il faut, en définitive, toujours revenir pour bien connaître les applications thérapeutiques d'une eau minérale.

Les applications thérapeutiques de l'eau d'Evian sont les maladies de l'estomac, du foie, la lithiase biliaire, les maladies des reins et de la vessie, l'uricémie, l'albuminurie, l'hypoazoturie, l'anémie, la chlorose, sans que nous sachions toujours comment ni pourquoi ces affections trouvent ici leur guérison. Je dis que je ne sais pas pourquoi. Je m'en doute et si vous me poussiez un peu, je vous dirais que c'est par une action physiologique que j'ai voulu préciser il y a quelques instant.

On peut, à la rigueur, soigner son estomac ou son foie à domicile ; on le peut, je ne dis pas « on le doit ». Mais on ne peut pas toujours combattre l'anémie, la chlorose, les affections rénales à domicile. Il leur faut l'eau vivante de la source, qui n'est plus la même en bouteille. En bouteille, elle ne produit pas autant la diurèse. Cependant, comme les eaux d'Evian contiennent peu d'éléments minéraux, on n'a pas à craindre son adultération par le transport, et c'est pour cette raison que de toutes les eaux transportées, celles qui sont le moins minéralisées réussissent le mieux à domicile, surtout pour le traitement des maladies d'estomac et de la présclérose.

Une autre indication très importante est relative à la neurasthénie, maladie à la mode dont on abuse et qui cache souvent notre ignorance. Evian agit d'une façon favorable, non seulement sur la neurasthénie, mais aussi sur l'ennui, cette maladie morale de la vie, parce qu'il a l'ambiance, les « adjuvances thérapeutiques », comme on

l'a dit : le lac, les montagnes, les promenades, les distractions multiples, etc. Ici, nous avons donc tout. Nous avons même le vin, et à deux pas on peut faire une cure de raisin, cure qui a son importance au point de vue diurétique. Nous avons l'eau, le vin, l'air, la montagne, le lac, les roses dans ce « jardin d'été de la France », comme on l'a appelé : nous avons des médecins distingués, que je ne veux pas citer par leurs noms, parce qu'il faudrait les dire tous : nous avons quelque chose de plus extraordinaire encore, une administration qui ne s'administre pas contre elle-même et qui vraiment soucieuse des intérêts des malades, vient d'édifier un établissement superbe destiné à l'hydrothérapie, à l'électrothérapie, à la massothérapie...

Stations pour cardiaques. -- Evian avec toutes ces ressources, toutes ces adjuvances, est encore par excellence la station que doivent fréquenter certaines cardiopathies dont je veux, en quelques mots, vous entretenir.

Comme je l'ai depuis longtemps établi, les maladies du cœur doivent être séparées en deux classes : 1° Les cardiopathies rhumatismales ; 2° les cardiopathies artérielles.

Les premières procèdent du rhumatisme, elles évoluent vers l'hypotension artérielle et l'asystolie.

Les secondes procèdent, non du rhumatisme, mais d'intoxications diverses, multiples et souvent méconnues : intoxications uricémique ou alimentaire, le plus souvent. Car notre régime actuel n'est qu'un empoisonnement lent et continu. On abuse de l'alimentation carnée, on introduit dans l'organisme des toxines vaso-constrictives qui produisent l'hypertension artérielle et prédisposent à la sclérose vasculaire. Il est temps d'insister plus que jamais sur la diète des toxines alimentaires et de rappeler sans

cesse cette grande vérité sous forme d'un jeu de mots latins : *modicus cibi, medicus sibi*. Il est temps de proclamer hautement que la fréquence de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles est due, en grande partie, aux erreurs et aux exagérations de notre alimentation. « L'homme ne meurt pas, il se tue », a dit Sénèque ; il se tue par le régime alimentaire.

Dans l'évolution des cardiopathies artérielles, on peut distinguer trois périodes : 1° la période de présclérose : hypertension artérielle sans lésion vasculaire ; 2° la période de sclérose confirmée, sclérose cardio-rénale où la maladie est au cœur et le danger au rein ; 3° la période de sclérose terminale (phase mitro-artérielle) avec complication d'hyposystolie et d'asystolie.

Evian réclame les deux premières périodes, et la première, à titre de médication diurétique, anti-uricémique et surtout vaso-dilatatrice ; car, c'est la vaso-constriction et l'hypertension artérielle qui conduisent à la sclérose vasculaire, maladie dont quelques médecins abusent en la voyant, comme la neurasthénie, là où elle n'est pas, mais qu'il importe cependant de ne pas méconnaître, puisqu'elle fait tant de victimes.

A la deuxième période, la lésion est au cœur, mais le rein est toujours insuffisant, et c'est pourquoi j'ai coutume de dire : Dans la sclérose-artérielle, dans la sclérose cardio-rénale, la maladie est au cœur et aux artères, le danger est au rein. Ce danger existe même dans la présclérose, et c'est pourquoi les eaux diurétiques, agissant si bien sur le fonctionnement rénal, peuvent être assimilées à une sorte de digitale du rein et des artères.

Quant à la troisième période, l'hyposystolie et surtout l'asystolie étant prépondérantes, il est certain que le trai-

tement hydro-minéral peut produire des inconvénients si la posologie n'est pas rigoureusement mesurée, et si on laisse aux malades, comme on le fait trop souvent, la direction du traitement. On ne saurait trop leur dire qu'il y a là un grand danger pour eux, danger d'autant plus fréquent qu'ils s'imaginent qu'une eau dans toute sa pureté n'a pas besoin d'être prise suivant des règles précises et fixées par nos connaissances scientifiques. J'insiste sur ce fait, parce que j'ai été le témoin d'accidents très sérieux, provoqués par les malades qui s'administraient eux-mêmes le traitement hydro-minéral d'une façon intempestive et déréglée.

Avec l'appui et l'aide de tous vos distingués collègues de la station car l'œuvre doit rester commune, vous allez donc contribuer à doter la France d'une nouvelle station pour cardiaques, avec le même grand succès que : son ancien interne et ami le D^r Piatot, auteur d'une thèse remarquable sur « le traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques », a obtenu à Bourbon-Lancy. Les deux établissements nous prêteront un mutuel concours sans se nuire : A Evian, les cardiopathies artérielles pour lesquelles le traitement rénal est particulièrement indiqué avec une eau produisant si rapidement la réduction et l'élimination de l'acide urique ; à Bourbon-Lancy, les cardiopathies valvulaires d'origine rhumatismale justiciables des eaux chaudes de Lymbe avec ses « douches sous-marines », et de la source de la Reine dont l'action sur l'état uricémique avec arthritisme est d'une grande importance. Les indications sont précises et nettement établies.

La notion du traitement des cardiopathies par les eaux minérales est née en France où elle a été l'objet de tra-

vaux remarquables il y a plus de cinquante ans, et je cherche à comprendre pourquoi et comment, si brusquement abandonnée, elle a été reprise et dénaturée hors de notre pays. Aujourd'hui, l'essor est donné, et nous saurons mettre en valeur nos immenses richesses en eaux minérales. Les médecins français enverront leurs cardiaux aux stations françaises, et les médecins étrangers, amis de notre pays ont déjà donné l'exemple...

Et vous, mon cher Bergouignan, qui entrez dans la vie médicale par une œuvre thérapeutique de haute valeur, vous contribuerez avec vos collègues de la station d'Evian qui voudront certainement unir leurs efforts aux vôtres, à une œuvre commune d'humanité, de patriotisme et de science.

Comme il est facile de s'en rendre compte, l'article très intéressant du D^r Huchard est une apologie de l'action des eaux d'Evian dans les cardiopathies artérielles, surtout au début de leur évolution.

Eh bien, toutes les indications si bien détaillées par notre confrère et maître sont applicables aux eaux similaires de Vittel, de Contrexéville, de Martigny et même de Capvern.

Il n'y a qu'à se reporter à la composition de toutes ces eaux minérales pour voir qu'elles se rapprochent de celles d'Evian et même qu'elles sont un peu plus minéralisées.

Toutes les quatre sont universellement connues pour leur action diurétique et dépurative, anti-uricémique, etc., et l'on pourrait presque démarquer l'article du D^r Huchard en remplaçant Evian par Vittel ou par une des autres stations.

Nous ferons respectueusement remarquer à l'auteur que

son article aurait été plus complet et plus démonstratif, s'il avait parlé de ces diverses sources minérales concurremment à la source d'Evian et surtout s'il nous avait donné des indications permettant de prescrire les unes plutôt que les autres.

A moins, ajouterons-nous pour finir, que M. Huchard conseille Evian au détriment des eaux similaires, parce qu'il est sûr d'y rencontrer un médecin habitué à soigner les cardiaques, ainsi que les installations nécessaires pour y faire concurremment à la cure thermale, le massage, et la mécano-thérapie.

Aux autres stations à se mettre à l'œuvre pour obtenir le médecin expérimenté et les moyens curatif nécessaires ; je suis sûr qu'alors le D^r Huchard les recommandera aussi chaudement qu'il le fait aujourd'hui pour Evian.

D^r MARC JOUSSET.

SEMIOTIQUE

DES FORMES CLINIQUES DE LA PLEURÉSIE TUBERCULEUSE.

M. Bard (de Genève) publie dans la *Semaine médicale* n^o 24 un travail qui a pour but de fixer les formes cliniques des pleurésies aiguës fibrineuses ou tuberculeuses.

Cet auteur est de l'école du professeur Landouzy. Il est persuadé que toutes les pleurésies fibrineuses sont de nature tuberculeuse. C'est là une erreur que nous avons déjà réfuté plusieurs fois. La clinique qui permet de constater l'existence de pleurésies aiguës fibrineuses dans le cours d'autres maladies : les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente et principalement celles

qui se développent dans le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ou de la goutte, fournit un argument décisif pour établir qu'il existe des pleurésies fibrineuses qu'on ne peut rattacher à la tuberculose.

Il nous semble que le bon sens médical combat pour l'opinion que nous soutenons.

Le problème de séméiotique qui reste à résoudre est celui de savoir quelle est la valeur pronostique de l'épanchement pleurétique symptomatique de la tuberculose.

M. Bard apporte des documents précieux pour la solution de ce problème.

Il distingue avec raison plusieurs catégories de pleurésies tuberculeuses : *pleurésies tuberculeuses locales*, *pleurésies tuberculeuses symptomatiques*, *pleurésies tuberculeuses associées*.

Nous aurions pas mal d'objections à faire sur cette classification de pleurésies tuberculeuses, mais nous voulons retenir seulement les conséquences pratiques qui ressortent de cet essai de synthétisation des pleurésies tuberculeuses.

La *forme locale* correspond à ce que nous avons appelé les formes bénignes de la tuberculose : les écouvelles, le lupus, la péritonite tuberculeuse.

Ces affections ont un caractère commun, c'est de se généraliser très rarement et par conséquent d'entraîner rarement la mort.

J'ajoute, avec un certain nombre de médecins, que ces affections bénignes et locales semblent vacciner le sujet qui les porte. Ainsi, les malades guéris de la péritonite tuberculeuse sont habituellement exempts des affections viscérales si souvent mortelles. Les relevés faits à l'hôpital des enfants tuberculeux de Pen-Bron démontrent

l'extrême rareté de la phtisie chez les enfants atteints de la tuberculose ganglionnaire.

Quant aux autres formes de pleurésie tuberculeuse admises par le Dr Bard, elles offrent peu d'intérêt pratique.

Sa deuxième forme qu'il appelle symptomatique ou de voisinage est toujours liée à une autre affection tuberculeuse, et comme il le dit lui-même, elle vaut ce que vaut la lésion initiale dont elle est symptomatique. Alors quelle conclusion pratique à tirer de cette seconde forme ?

Quant à la troisième forme, qu'il appelle *associée*, elle peut coïncider avec une pneumonie tuberculeuse ou avec une granulie et alors je ne vois pas ce qui la distingue de la forme précédente, car c'est bien une pleurésie de voisinage et symptomatique.

Dans d'autres cas, la pleurésie tuberculeuse coïncide avec d'autres inflammations tuberculeuses des séreuses : péritonite, endocardite, méningite tuberculeuses.

D'après notre expérience personnelle, ces associations constituent une forme rare de la maladie tuberculeuse. Cette forme a une marche rapide et constamment mortelle.

M. Bard essaie de tirer des indications, pour la thoracentèse, de ces différentes formes de pleurésie tuberculeuse. La thoracentèse serait indiquée dans la forme locale, inutile dans la forme de voisinage et dangereuse dans la forme associée.

Ces indications ont une apparence de rigueur, mais elles n'ont aucune valeur pratique. Nous l'avons dit bien des fois : Il y a deux indications pour la thoracentèse dans la pleurésie fibrineuse ; la première est tirée de la menace d'asphyxie et de syncope ; la seconde de l'absence de réso-

SÉMIOTIQUE

lution de l'épanchement de la troisième à la quatrième semaine de la maladie.

Nous ne croyons pas que le praticien puisse tirer de ce travail une indication positive pour le pronostic des pleurésies fibrineuses. D'après M. Bard. elles seraient toutes de nature tuberculeuse. Le seul intérêt pronostique, c'est de discerner si la pleurésie est locale, parce que c'est dans ce cas seulement que l'échéance d'une complication pulmonaire est éloignée ou même nulle.

Or les seuls signes qui puissent guider les praticiens sont ceux de la présence ou de l'absence d'une autre lésion tuberculeuse, ce qui était bien connu avant le travail de M. Bard.

Mais, encore une fois, le problème est mal posé. Il ne s'agit pas de savoir quelles sont les formes de pleurésie tuberculeuse qui sont les moins dangereuses, mais bien d'établir l'existence de pleurésies fibrineuses symptomatiques de maladies autres que la tuberculose et d'en fixer le diagnostic. C'est ce que nous avons fait plusieurs fois et nous croyons inutile d'y revenir en ce moment.

D^r P. JOUSSET.

ÉTIOLOGIE

LES ANOPHÈLES ET LE PALUDISME

(A propos du travail de Montoro de Francesco. — Semaine médicale n° 20).

Nous avons mis à l'étude dans ce journal la question de la transmission des maladies infectieuses par les animaux, et en particulier celle du paludisme par les anophèles.

M. le professeur Grassi, l'un des vulgarisateurs de l'opinion qui considère l'anophèle comme l'agent unique et indispensable de la transmission du paludisme, a écrit ces mots : « Protégez-vous contre l'anophèle, et vous pourrez vivre en plein paludisme sans aucune crainte de contracter les fièvres. »

De là est né l'usage de masque et de gants préservateurs, de toiles métalliques destinées à empêcher l'entrée des insectes dans les appartements, de là les efforts de M. Laveran à la recherche d'un microbe capable d'anéantir les anophèles.

Soit négligence des populations, soit que l'anophèle ne soit pas aussi nécessaire qu'on le dit, les toiles métalliques n'ont pas produit grand'chose, et le microbe destructeur de l'anophèle n'est pas encore connu. Mais, en revanche, deux grands faits se sont produits : le premier, c'est que les fièvres intermittentes ont complètement disparu de certaines contrées autrefois infectées de paludisme et que cependant les anophèles continuent à vivre et à se multiplier dans ces pays. Comment donc s'expliquer la disparition du paludisme malgré la persistance des anophèles ?

Les faits se chargent de donner cette réponse. Les pays où le paludisme a disparu ont été transformés par la culture ; les étangs ont été desséchés, les marais drainés, le sol défriché, le bord des cours d'eaux plantés d'arbres, les conditions telluriques ont été changées, ce qu'on appelait autrefois le miasme paludéen a cessé de se produire, et la fièvre a disparu, quoique les anophèles continuent à pululer et à se nourrir de sang humain.

Première preuve que la cause de la fièvre intermittente réside dans certaines conditions telluriques, que les ano-

phèles ne sont que des agents de transmission, et que la seule manière de supprimer le paludisme est de supprimer le marais et non l'anophèle.

Mais voici maintenant un fait nouveau qui vient corroborer le premier. Le D^r Montoro de Francesco a constaté l'existence de la malaria dans des pays absolument dépourvus d'anophèle.

La théorie qui fait de l'anophèle une cause unique et indispensable de transmission du paludisme se trouve donc renversée par ces deux ordres de faits.

Examinons maintenant le travail du D^r Montoro de Francesco.

Ce médecin démontre, par l'histoire de différentes épidémies de fièvres intermittentes dans le sud du royaume de Naples, qu'il existe des localités infectées de malaria et dans lesquelles on ne rencontre pas le moindre anophèle.

Dans une première catégorie de faits, la fièvre intermittente se développe seulement chez les personnes occupées au rouissage du lin, dans des fosses à eaux stagnantes; ou encore chez les agriculteurs qui passent les nuits ou qui restent tard ou de bonne heure le matin dans les champs irrigués. Quoique dans ces diverses circonstances, M. Montoro de Francesco ait constaté un grand nombre de fièvres intermittentes très graves, il lui a été impossible de constater la présence des anophèles.

Dans une autre catégorie de faits où l'anophèle existe et où l'on constate aussi des cas de malaria, la maladie reste isolée et ne se propage pas. Ainsi, dans une station de chemin de fer, la femme du chef de gare était paludéenne depuis quelques mois, et le mari, ses cinq enfants et tout le personnel de la station étaient exempts de fièvre.

L'auteur signale d'autres faits analogues, que nous ne jugeons pas utile de rapporter.

Voici une dernière observation qui est très probante. La ville de Cetraro, bâtie dans des conditions hygiéniques excellentes, n'avait jamais eu comme paludéens que quelques convalescents qui venaient des pays voisins pour changer d'air. Cette année, au contraire, la malaria s'est propagée avec une rapidité foudroyante dans cette ville, qui a compté à la fin du mois d'août 2.000 malades sur 3.000 habitants. Les formes malignes étaient en grand nombre, et on enregistra 78 décès par fièvre pernicieuse. Or, après les recherches les plus minutieuses, on ne put découvrir aucun anophèle dans la ville de Cetraro. Dans les environs, enfin, on finit par capturer 21 anophèles, et tous furent reconnus exempts de malaria.

Les anophèles n'avaient donc point été l'instrument de cette terrible endémie, et il faut chercher ailleurs que dans ces insectes l'étiologie de la malaria.

Le travail même du D^r Montoro établit que les exhalaisons des eaux de macération du lin, l'air imprégné d'humidité, surtout le matin et dans les dernières heures du jour, sont les circonstances principales du développement de la malaria; sans perdre jamais de vue, ajoute-t-il, le sol, celui-ci devant être considéré comme la cause principale de la fièvre intermittente. C'est ce que nous appelions autrefois, dans un langage métaphorique je le veux bien, *le poison tellurique*.

Au commencement de son travail, le D^r Montoro objecte à la théorie Grassi que les anophèles ne peuvent intervenir dans les épidémies de fièvres vernaies. Ces fièvres, en effet, éclatent avant que les anophèles aient repris leur activité.

Rappelons à ce propos que la théorie de Grassi enseigne que les anophèles absorbent avec le sang des malades atteints de fièvre intermittente des corps en croissant (1^{re} forme des sporozoaires de Laveran). Ces corps se transforment en corps sphériques dans son estomac : les uns restent intacts, ce sont les éléments femelles, d'autres produisent les flagella, ce sont les mâles, et la fécondation se fait par la fusion de ces deux sortes d'éléments.

L'œuf fécondé, doué de mouvements amiboïdes, pénètre dans la paroi de l'estomac et produit un kyste sphérique dans l'intérieur duquel se forme un très grand nombre de petits sporozoïdes piriformes. Le kyste se rompant, les sporozoïdes se répandent dans le corps et, par un motif d'élection inconnu, gagnent les glandes salivaires, et de là retournent chez l'homme à la suite d'une piqûre; parce que cet insecte a l'habitude de répandre sa salive dans la piqûre pour empêcher la coagulation du sang ; en sorte que l'hémotozoaire de Laveran est donc un parasite à deux autres alternatifs, l'homme et le moustique. Ajoutons qu'il faut de trente à trente-deux jours pour que l'insecte fasse subir à l'hématozoaire toutes ces métamorphoses.

Ces explications étiologiques fort ingénieuses, peut-être fausses, ont l'énorme inconvénient de détourner l'attention des hygiénistes des véritables mesures qui peuvent diminuer, et enfin faire disparaître la fièvre paludéenne. Les masques, les gants épais, les grillages des portes et fenêtres essayés dans la Calabre sur les indications de Grassi, n'ont absolument rien produit comme prophylaxie. Ajoutons, du reste, que les populations ouvrières ne peuvent s'astreindre à semblable précaution.

La véritable prophylaxie des fièvres intermittentes consiste, comme nous l'avons dit plus haut, dans les progrès

de l'agriculture. C'est grâce à ces progrès que certaines contrées infestées par la malaria sont devenues des pays salubres, quoique très riches encore en anophèles.

D^r P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

SABAL SERRULATA

Appelée aussi *San Palmetto*, cette plante, découverte par John Bartram et son fils William (1765-1773) pousse, en abondance, le long des côtes de la Caroline du Sud, de la Géorgie et de la Floride, où elle s'étend en brousses touffues, à distances incommensurables. Son fruit servait alors à la nourriture des indigènes et à l'engrais du bétail, dont la graisse renfermait, par suite, une huile particulière ; ce fait avait, tout d'abord, frappé les explorateurs.

En 1898, Edwin M. Hale nous a donné une description complète de ce végétal, de ses propriétés chimiques et de ses vertus médicinales. Nous empruntons à son intéressante monographie et à une conférence faite le 7 décembre 1899, par le D^r Madden, à la *British homœopathic Society*, la plupart des éléments de notre travail.

Botaniquement, *Sabal serrulata* appartient à la famille des Palmacées. La plante a de 8 à 10 pieds de hauteur. Sa tige rampante, à branchioles, est circulairement contournée par des feuilles en éventail, à pétiole en forme de scie, et se distingue, ainsi, des autres espèces du même genre. La baie, partie médicinale du végétal, est oblongue et ovoïde, à dimensions d'une olive, de couleur rouge foncé, et contient un suc abondant de saveur extra-

ordinairement douce, à laquelle succède bientôt, dans tout le palais et au pharynx, une sensation âcre et mordante.

Au point de vue chimique, le professeur Coblentz a établi (*Proceedings of American Phar Assoc.*), que la pulpe contient une proportion centésimale d'huile volatile ayant l'odeur spéciale et persistante des baies, une part notable d'huile fixe, de la graisse, un alcaloïde, une résine, de la dextrine et une importante quantité de glucose.

Dans la semence on trouve, en outre, une certaine dose d'huile fixe (12, 12 p. 100), jaune pâle, douce et insoluble dans l'alcool, soluble dans l'éther et le chloroforme, et saponifiable dans l'alcool et un alcaloïde. Elle renferme, également, un peu de résine et de sucre. On obtient l'huile fixe en laissant déposer le suc exprimé : les deux huiles montent à la surface, l'huile volatile étant superposée à l'huile fixe, qui, elle, se trouve presque immédiatement au-dessus du résidu épaissi et lourd.

Indépendamment des nombreuses préparations extra-officinales qui ont exercé l'imagination des fabricants américains de spécialités pharmaceutiques, citons parmi les préparations officinales :

1° *Teinture et dilution.* — La teinture est préparée avec les baies fraîches mûres et les semences écrasées, que, pendant 15 jours, on fait macérer dans 90 parties d'alcool pour 100 ; puis on décante. Expressément, il ne faut que décanter ; si on filtre à travers du coton ou du papier, ces substances absorberaient l'huile.

2° *Extrait fluide*, environ quatre fois plus actif que la teinture qui, elle, ne doit jamais être obtenue au moyen de cet extrait ;

3° *Huile* (voir plus haut et plus loin sa préparation).

S'administre en dilution ou en trituration, ou encore en comprimés de dilution, lorsqu'on veut donner l'huile seule.

4° *Saccharure d'huile* : Une partie d'huile pour 7 parties de sucre de canne. Dose de la préparation: à partir de 65 centigrammes et bien au-delà ;

5° *Huile aqueuse*. -- L'huile crue est trop irritante pour être employée en inhalation ou en potion. On obvie à cet inconvénient par la préparation suivante :

Oleum Sabal.....	XVI gouttes. .
Magnesia carbonica.....	3 gr. 685

(Triturez et ajoutez graduellement 475 grammes d'eau distillée. Décantez, mais ne filtrez pas).

Cette préparation est la meilleure pour la pratique homœopathique.

Pour les inhalations d'huile volatile, en verser quelques gouttes sur un petit tampon de coton qu'on introduit dans un tube ouvert aux deux extrémités, comme on fait pour le menthol ;

6° *Suppositoires*. -- 5 à 10 gouttes d'huile incorporée dans du beurre de cacao. Ils sont indiqués contre le catarrhe rectal ou les hémorroïdes internes, spécialement quand il y a écoulement de mucus irritant et corrosif, contre la leucorrhée du col utérin ou de la muqueuse utérine : l'huile volatile se fraie sa voie à l'intérieur de l'organe ; contre la leucorrhée vaginale ou blennorrhagique, notamment lorsqu'il existe un malaise et de la douleur dans les ovaires ;

7° *Malto-Sabal*. — Préparé avec 1 partie d'extrait de malt et 7 parties d'huile.

La pathogénésie du médicament est très nette et singulièrement confirmée par la clinique. Elle nous donne :

Moral. — Sensation de plénitude dans la tête; confusion et difficulté de la pensée. Irritabilité et indifférence (deux symptômes opposés). Désir d'être seul; concentration sur soi-même. Exagération des souffrances personnelles. Le sujet ne répond pas aux questions qu'on lui pose relativement à ses malaises.

Tête. — Violente céphalalgie avec étourdissement, myopie et vertige. Douleurs lancinantes dans les diverses parties de la tête, survenant et disparaissant subitement.

Bouche et gorge. — Douleur aiguë dans le côté gauche de la gorge. Vive sensation de brûlement dans la bouche, aux amygdales, s'étendant aux narines postérieures, en provoquant éternuement et lacrymation, et gagnant de là le larynx et la trachée, où elle détermine la toux et une sensation d'étranglement. Altération de la voix. Ces phénomènes ne sont que passagers.

Estomac et abdomen. — Eructation et acidité. Douleurs vives à travers l'estomac, surtout à gauche. Appétit faible et capricieux. Désir de lait. Coliques abdominales, s'irradiant dans diverses directions et jusqu'aux ovaires. Dans cette dernière région, la douleur, après quelques jours, ne fut plus aiguë, mais il persista un endolorissement constant, une impression de lourdeur, un mal pesant, avec difficulté pour marcher. Douleurs piquantes dans le côté gauche de l'abdomen. Douleurs vives dans l'abdomen, en avant et en arrière et dans le côté droit. Un des expérimentateurs, le D^r Boocock, qui était hémorroïdaire, rapporte que pendant la durée de l'expérience, ses intestins devinrent libres et que les symptômes hémorroïdaires disparurent.

Organes urinaires. — Urination pénible, en connexion avec irritation ovarique. Ténésme comme par cystite, par-

fois avec urines sanguinolentes. Sensation de plénitude de la vessie avec rétention d'urine prolongée. Au début, l'émission d'urine était douloureuse, accompagnée d'une sensation de passage à travers un méat cicatrisé. Sensation de rétrécissement. La douleur s'étend au pubis, avec irradiation vers l'épigastre ; douleurs piquantes dans la région du sein gauche. Céphalalgie violente avec étourdissement et myopie.

Organes sexuels. — Erections fréquentes, mais n'étant pas toujours accompagnées d'excitation sexuelle ; plutôt sensation de faiblesse et de fatigue, tandis que les testicules sont fortement rétractés vers le haut, avec une impression persistante de semi-douleur.

Action constante et très nette sur l'utérus, les ovaires et les reins, ainsi que sur les nerfs temporaux et sus-orbitaires, qui sont, comme on sait, en connexion sympathique constante avec les organes sexuels. L'action sur les ovaires est particulièrement irritante et stimulante sur les organes de la reproduction. A doses physiologiques, Hale considère ce médicament comme remédiant à la torpeur de ces organes, comme un stimulant des ovaires, de la mamelle, des testicules et autres organes. Il estime que cette action s'exerce d'une part, sur le système nerveux, probablement sur la portion lombaire de la moelle épinière, d'autre part par stimulation du processus nutritif en général. L'influence sur la prostate n'est pas moindre : nous y reviendrons plus loin. Les glandes mammaires sont très sensibles. Douleurs matutinales dans l'ovaire gauche, s'irradiant fréquemment le long de la cuisse correspondante. L'action sur les ovaires est profonde, et s'accompagne d'une série de phénomènes nerveux très marqués et calmés par *Silicea*. Démangeai-

son extraordinairement vive dans les grandes lèvres. Menstruation retardée de quelques jours; mais pendant toute la durée des règles, sensation très caractérisée d'une augmentation de forces. Augmentation du volume des seins.

Nutrition générale. — Il n'est pas sans importance de signaler l'influence du médicament sur la nutrition générale. Cela paraît déjà suffisamment démontré par les observations de John et William Bartram. Dans ce cas, il paraît agir à la manière de l'huile de foie de morue, dont il serait un excellent succédané. Il est, au surplus, remarquable de constater, à sa suite, une sorte de rajeunissement avec retour de la puissance génitale et, en général, un haut degré d'augmentation de la vitalité.

Nous résumons, d'après M. Wilhelm Scharff (*Charakteristik der wichtigsten homöopathischen Mittel gegen die Folgen geschlechtlicher Verirrung*) les principaux effets pathogénétiques du médicament : « Indépendamment de ce qui a été dit plus haut, les résultats obtenus dans les expériences sur les hommes sains sont : irritation de la vessie et de l'urètre avec urination fréquente, même la nuit (incontinence nocturne d'urine); érections douloureuses et blennorrhagie cordée; distension énorme de la vessie; miction douloureuse au début, avec urines sanguinolentes et passant comme à travers un rétrécissement, ne s'écoulant que lentement et exigeant des efforts pour que la vessie puisse être vidée; testicules vivement rétractés vers le haut avec sensation douloureuse; douleurs piquantes dans le rein gauche, violente céphalalgie avec vertige et avec trouble. Le médicament affecte, en outre, l'utérus, les ovaires, les seins et les nerfs en connexion avec ces organes, ainsi que les nerfs temporaux et sus-orbitaires.

Douleurs dans l'ovaire gauche et au-dessous de l'utérus, pendant toute la matinée, par accès irréguliers ; seins très sensibles, douleurs aux tempes ; démangeaisons insupportables aux grandes lèvres ; fréquentes douleurs dorsales en en dehors du sacrum ; sensation de force et de vitalité augmentées ; retard d'une semaine environ dans la menstruation, sans autre inconvénient. »

Le Dr Dudley Wright a cherché à délimiter plus nettement la sphère d'action de *Sabal* et surtout de la séparer d'avec *Acidum picricum*. Il arrive aux conclusions suivantes : « Sans aucun doute, *Sabal* a une action sur les organes génitaux, les testicules, la prostate, la vessie et la portion prostatique de l'urèthre, action obtenue tantôt au moyen du système vasculaire, tantôt au moyen du système nerveux. En ce qui concerne l'action sur la vessie, elle s'exerce, à mon avis, au moyen de la filtration du médicament à travers les reins, ou à travers la muqueuse vésicale. La cystite provoquée par les doses toxiques, est probablement imputable à un effet direct sur la muqueuse. Sur la prostate et les testicules, le médicament semble avoir une action spécifique. *Sabal* agit à un certain degré, sur le système vasculaire, et c'est ainsi que, probablement, il jugule les symptômes qui, dans beaucoup de cas d'hypertrophie de la prostate, tiennent à un gonflement des vaisseaux.

« En comparant *Sabal* et *Acidum picricum*, nous remarquons tout d'abord, avec le dernier médicament, l'exagération de l'instinct sexuel. Toutes les expériences avec *Acidum picricum* ont déterminé de violentes érections, surtout pendant la nuit, et cela à un degré beaucoup plus élevé que *Sabal* : cette action sur les organes sexuels s'opère par influence sur le centre lombaire de la moelle.

L'abattement des expérimentateurs, la faiblesse, la douleur dans le dos, la sensation de clous et d'aiguilles dans les membres, en sont la preuve. L'*acide picrique* est donc également utile, à ces malades, des vieillards principalement, qui éprouvent cette sensation de clous et d'aiguilles dans les jambes, accompagnée, la nuit, d'érections violentes et de constant besoin d'uriner.

Le besoin d'uriner la nuit, qui se présente avec *Sabal* dépend absolument d'un état congestif. Une seconde différence entre ces deux médicaments réside dans la sphère morale. Des malades prostrés et désespérés, ont été améliorés par *Sabal*, tandis que *Acidum picricum* agit favorablement sur des maladies irritables, le plus souvent à face pâle et à chevelure foncée. »

Cliniquement nous ne voudrions, cependant, pas faire du *Sabal serrulata* une panacée universelle. Théoriquement, Hale estime que le médicament agit sur les membranes muqueuses, sur les tissus cellulaire, musculaire et fibreux. Pratiquement, sa sphère d'action nous semble, comme à tous ceux qui se sont occupés de la question nettement circonscrite aux organes génito-urinaires ; c'est ce qui ressort, évidemment, des nombreuses observations qui ont été faites. Les autres symptômes ne sont que secondaires ou phénomènes réflexes.

L'hypertrophie de la prostate figure au premier plan des maladies auxquelles s'applique *Sabal*. Hale remarque à ce sujet :

« *Sabal* occupe une grande place dans le traitement des maladies de la prostate. A cet égard, les preuves surabonderaient, si l'on savait toujours le diagnostic à l'abri de toute critique. Mais il est bien connu que les maladies

du col de la vessie et de la portion prostatique de l'urèthre sont souvent prises, par erreur, pour des affections de la prostate. Les expériences que j'ai faites depuis plus de vingt ans, avec ce médicament, m'ont convaincu qu'il influence favorablement tous les trois tissus. A petites doses, il est indubitablement un sédatif de l'appareil urinaire ; il est homœopathique aux processus catarrhaux de la vessie et de l'urèthre. D'autre part, il agit aussi de façon calmante sur les nerfs qui desservent ces tissus. Presque tous les auteurs qui attribuent au médicament la propriété de réduire le volume de la prostate, parlent de cet organe comme d'une glande. Or, la prostate n'est pas une glande. Elle est un canevas musculaire dans lequel sont enveloppées des glandes qui sécrètent. Tout aussi exact serait-il alors de considérer l'utérus comme une glande. Je doute que *Sabal* ait une action directe sur le tissu musculaire de l'un de ces deux organes ; cependant il en affecte profondément les nerfs. Toutefois, dans la prostatite aiguë, aussi bien que dans la prostatite chronique la prostate augmente de volume, suite d'irritation de ses éléments glandulaires, ainsi que des tissus muqueux et submuqueux avec lesquels elle est en connexion *Sabal* jugule probablement cet état d'irritation ; il permet à la prostate congestionnée de revenir à son volume normal, lorsqu'il n'y a pas encore induration réelle avec hypertrophie. Aussi bien, dans ce dernier cas, le mal me paraît-il irrémédiable.

Le D^r Mossa qui in *Allgemeine homœopathische Zeitung*, résume la conférence dont il a été parlé plus haut et faite par le D^r Madden à la *British homœopathic Society*, nous dit :

« Tout à fait digne de remarque est la connexion

observée chez les malades traités par ce médicament, avec un retour de la puissance génésique, une recrudescence générale de la vitalité, et cela à un tel degré qu'on serait tenté de compter *Sabal* parmi les nutritifs toniques, comme les *Hypophosphites* ou comme *Avena sativa*. Cependant le médicament ne semble agir qu'autant que la cause de la faiblesse a son origine dans une défectuosité ou un trouble des organes sexuels. »

Nous résumons encore, d'après Hale et d'après Madden, quelques cas qui achèveront de fixer l'importance clinique du médicament.

Lors d'une prostatite traumatique, chez un homme jeune, *Sabal* à la dose quotidienne de V gouttes de teinture mère, se montra promptement efficace, après que *Aconit*, *Cantharis* et *Arnica* n'avaient donné aucun résultat.

A propos des succès obtenus avec *Sabal*, dans la maladie des organes génitaux féminins, Hale observe : « Pour l'application de *Sabal* aux maladies des femmes, il faut distinguer deux méthodes : la méthode physiologique et la méthode homœopathique. Il faut employer des doses massives allant jusqu'à une cuillerée à café de teinture mère préparée avec des baies fraîches et prises pendant le repas ou peu après, lorsqu'on est en présence d'une femme amaigrie, mal nourrie, qui, autrefois, était forte, en possession d'une vive activité sexuelle, et qui, par suite de causes déprimantes, en est venue à une digestion défecueuse, aux flatulences, à la constipation, à des règles parcimonieuses, à une leucorrhée âcre, à des seins flétris, à des appétits sexuels anormaux et, probablement encore, à un catarrhe bronchique avec toux. Mais lorsqu'il se produit dans les glandes mammaires, dans les ovaires et dans

l'utérus, des phénomènes d'ordre inflammatoire, c'est aux petites doses qu'il faut s'adresser, en ne craignant pas de descendre jusqu'à la 2^e dilution ».

Néanmoins, la plupart des cas relèvent de la première catégorie, et ici, les doses moyennes oscillent entre V et XX gouttes de teinture mère. L'action de *Sabal* sur les glandes mammaires paraît être stimulante et irritante. Indubitablement le médicament augmente non seulement la sécrétion du lait, mais encore la proportion de graisse dans la glande, lorsqu'il est administré à dose physiologique. Homœopathiquement à petites doses, il est efficace contre la douleur, la congestion et la sécrétion lactée exagérée. Tous les remèdes qui agissent spécifiquement sur les glandes du système génital, n'exercent pas leur action sur une glande isolément, mais sur l'ensemble du système. Si donc elles agissent sur la glande mammaire, elles agissent de même sur les ovaires, les testicules et la prostate, et de la sorte provoquent une irritation dans ces organes qui sont anatomiquement ou sympathiquement en connexion. C'est ainsi que *Sabal* est un médicament de premier ordre dans la métrite, la pelvi-cellulite et la pelvi-péritonite, la salpingite, l'ovarite, la fièvre puerpérale, la péritonite, l'appendicite, la pérityphlite et la proctite, surtout quand la prostate est entreprise.

Dans la blennorrhagie, surtout dans la blennorrhagie chronique, les résultats sont extraordinairement satisfaisants. Un cas très persistant d'incontinence d'urine, chez une femme de 23 ans, a été guéri complètement, au bout de deux mois, avec une dose moyenne d'une goutte de teinture-mère, répétée quatre fois par jour. Deux cas d'inflammation du tissu cellulaire du bassin et de péritonite localisée, dans lesquels l'émission d'urine augmentait

notablement les douleurs, ont été immédiatement soulagés, puis promptement guéris, avec *Sabal* à doses de 20 gouttes de teinture-mère, quoique ici le médicament eût été plutôt homœopathiquement indiqué.

Dans ma clientèle, j'ai guéri, chez un homme de 35 ans, une prostatite opiniâtre, consécutive à la blennorrhagie. La dose quotidienne était de deux fois 5 gouttes de teinture-mère. Aux mêmes doses, le D^r Cartier a soulagé une prostatite chronique, chez un vieillard très avancé en âge.

Le D^r Sandberg rapporte un cas d'hypertrophie de la prostate, diagnostiqué par deux spécialistes très renommés, chez un vieillard de 80 ans. Le malade souffrait, depuis des années, d'accidents prostatiques et de cystite chronique. A la suite d'une crise aiguë, l'état s'était aggravé au point que le malade ne pouvait plus émettre une goutte d'urine sans le secours du cathéter. Finalement, le malade étant incapable de retenir l'urine, nuit et jour, il fallait le sonder, presque toutes les heures. On essaya *Sabal*, 5 gouttes de teinture-mère. Après un mois de ce traitement, on put ne plus appliquer la sonde que toutes les trois ou quatre heures ; le malade ne se levait plus qu'une ou deux fois par nuit, au lieu de cinq ou six fois. La situation du malade se maintint ainsi améliorée jusqu'à l'époque de sa mort, qui arriva trois ans plus tard.

Il nous reste à signaler les applications externes du médicament. Nous avons déjà indiqué les suppositoires, contre les hémorroïdes, le catarrhe anal, la leucorrhée avec catarrhe vaginal chronique, ou catarrhe chronique du col utérin, ou endométrite. Pris à l'intérieur, le médicament se montre inefficace contre le catarrhe vaginal. Il faut donc recourir ou à une injection vaginale (4 grammes de teinture ou d'extrait fluide pour 120 grammes d'eau),

ou à l'application d'un tampon d'ouate trempé dans un mélange, parties égales, de *Sabal* et de glycérine (4 à 30 grammes). L'huile de *Sabal*, incorporée à 10 p. 100, dans de la vaseline, s'est montrée curative dans le psoriasis et les éruptions cutanées sèches. L'huile pure, en onctions ou en frictions, a modifié favorablement le gonflement rhumatismal des articulations, les entorses et les contusions, ainsi que les glandes tuméfiées ou indurées, spécialement le goître. Enfin, il y aurait lieu de l'essayer, mélangée à la vaseline, contre l'alopecie survenant chez les sujets émaciés, à la suite de nutrition défectueuse.

(*Revue homœopathique française*).

D^r SIEFFERT.

MÉDECINE PRATIQUE

LA NUMÉRATION DES LEUCOCYTES DU SANG COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DE LA PRÉSENCE DU PUS ET, EN PARTICULIER, DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

Nous trouvons dans la *Semaine médicale* (1) un article très intéressant si les résultats qu'il indique se trouvent confirmés par l'expérience clinique. Si dans les cas d'appendicite particulièrement, la numération des leucocytes du sang pouvait faire reconnaître d'une façon certaine la présence d'une suppuration, nous aurions là une indication d'intervenir chirurgicalement sans attendre que la période aiguë soit passée; il est, en effet, souvent, si difficile de décider si on doit temporiser ou non et si on pouvait être certain que l'appendicite est accompagnée ou non de suppuration on pourrait souvent prendre une résolution ferme basée sur une indication certaine.

Voici du reste cet article que nous tenons à reproduire *in extenso*.

Parmi les moyens de diagnostic que la clinique a empruntés au laboratoire, il en est un qui tend à jouer un rôle de plus en plus important, c'est l'examen du sang. Les variations de formule que subissent, au cours des processus morbides, les éléments figurés du sang et, en particulier, les diverses espèces de globules blancs, sont souvent susceptibles, en effet, de fournir des renseignements sur la nature de l'affection dont il s'agit. C'est ainsi que, récemment, l'éosinophilie, d'une part, et la

(1) N° du 16 avril 1902.

leucocytose polynucléaire, d'autre part, ont été indiquées comme la signature de l'appendicite. Mais — c'est là le point le plus important — l'examen hématologique est appelé à rendre d'excellents services, alors même qu'on se borne à la *simple numération* des globules, et, en ce qui concerne notamment les leucocytes du sang, on a, depuis longtemps, signalé l'augmentation de leur nombre dans les processus inflammatoires aigus, surtout accompagnés de suppurations circonscrites (Hayem, Patrigéon, Malassez), constatation qui a, du reste, été confirmée par des recherches plus récentes (Rieder, von Limbech, Grawitz, Cabot, etc).

L'étude de cette question importante a été reprise par M. le Dr H. Curschmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Leipzig, qui, au cours de deux ans et demi, a observé, d'une façon systématique, les variations de la teneur du sang en globules blancs chez 60 sujets atteints d'appendicite et a pu de la sorte se convaincre que la numération des leucocytes constitue un moyen sûr et pratique pour déceler la suppuration. En effet, notre confrère a constaté que, dans les cas d'appendicite non purulente, le taux des globules blancs reste à peu près sans modifications ou bien ne subit qu'une augmentation légère, tout à fait au début de l'affection, pour retomber ensuite à la normale. Par contre, lorsque ce taux reste très élevé d'une façon durable, on peut affirmer l'existence d'un abcès, à moins qu'il ne s'agisse d'une autre phlegmasie s'accompagnant de leucocytose exagérée, telle que la pneumonie, par exemple. De plus, la proportion normale des globules blancs étant, pour l'adulte, de 8.000 à 10.000 par millimètre cube de sang (il est quelque peu plus élevé chez les enfants), le seul

fait de voir ce taux atteindre ou dépasser le chiffre de 25.000 doit paraître très suspect, alors même qu'il serait noté à la première numération. Faite longtemps après le début du mal, cette constatation équivaldrait, d'après M. Curschmann, à la quasi-certitude qu'on se trouve en présence d'une suppuration, et, dans les cas observés par notre confrère, l'intervention chirurgicale est toujours venue confirmer ce diagnostic. Après l'incision de l'abcès et l'évacuation complète de son contenu, le nombre des globules blancs ne tarde pas à redevenir normal; si l'opération reste sans effet sur le taux des leucocytes, c'est qu'il y a rétention de pus ou bien qu'il existe encore une ou plusieurs autres collections purulentes. Les mêmes phénomènes se produiraient également dans les cas où les abcès pérityphlitiques se vident spontanément à l'extérieur, en s'ouvrant dans l'intestin, la vessie ou d'autres organes creux du bas-ventre : l'écoulement de pus se fait il avec la facilité voulue; le chiffre des globules blancs subit une diminution rapide; par contre, cette diminution peut être lente ou manquer complètement, voire même faire place à une nouvelle augmentation du taux des leucocytes, suivant que les obstacles à l'évacuation de la masse purulente sont plus ou moins considérables.

A en juger d'après les observations de M. Curschmann la numération des globules blancs du sang présenterait, au point de vue du diagnostic de la suppuration, une valeur de beaucoup supérieure à celle de la thermométrie. La forme et l'évolution de la courbe thermique peuvent varier, pour ainsi dire, à l'infini, et on voit assez souvent une suppuration très étendue se manifester par une fièvre fort peu élevée, sinon tout à fait nulle, tandis que l'hyper-leucocytose intense et durable constituerait

dans les processus suppuratifs, un phénomène à peu près constant et qui, ne variant que dans des limites très étroites, fournirait des renseignements sûrs, même en l'absence de tout autre signe caractéristique de la présence de pus. Une constatation analogue a été faite par M. le D^r H. Küttner, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Tubingue, en ce qui concerne la leucocytose post-opératoire : toutes les fois que, après une intervention chirurgicale, on voit la leucocytose persister, c'est qu'il y a lieu de soupçonner une complication infectieuse ; par contre, si le nombre des leucocytes diminue, l'hyperthermie elle-même perd son importance et indique tout simplement qu'on se trouve en présence d'une fièvre aseptique.

De son côté, M. le D^r Max Dützmann, assistant de M. le D^r A. Martin, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Greifswald, a institué une série de recherches cliniques en vue de se rendre compte jusqu'à quel point les observations de M. Curschmann sont applicables aux suppurations ayant pour point de départ les organes génitaux chez la femme. A cet effet, M. Dützmann examina 40 malades atteintes d'affections gynécologiques diverses, en ayant toujours soin de pratiquer la numération des globules aux mêmes heures de la journée, pour éviter que les résultats ne fussent faussés par les oscillations que subit normalement le taux des leucocytes. Ces recherches — d'autant plus probantes que la numération des globules a toujours été contrôlée par l'intervention opératoire — ont pleinement confirmé la valeur diagnostique de l'hyperleucocytose. Fait intéressant, maintes fois le taux élevé des leucocytes plaiderait seul en faveur de l'existence d'une suppuration

et semblait complètement contredire le diagnostic établi sur d'autres données. C'est ainsi que, dans un cas où l'on avait cru, en se basant sur les commémoratifs, sur l'habitus de la patiente et sur l'examen direct, avoir affaire à un cancer du corps de l'utérus, et où le nombre des globules blancs était d'environ 16.000 par millimètre cube, le curettage explorateur de la matrice donna lieu à l'évacuation d'un pus fétide. Or, la température prise chez cette femme, deux fois avant l'intervention, était au-dessous de la normale ($36^{\circ}2$). Après le curettage, le taux des leucocytes tomba graduellement à 6.800. Chez une autre malade on comptait 17.800 globules blancs, tandis que le thermomètre marquait seulement $37^{\circ}2$; le diagnostic était resté en suspens (fibrome de l'utérus ou hématocele) mais au moment même où l'on procédait aux préparatifs en vue de la laparotomie, il s'écoula par le rectum une quantité assez considérable de pus renfermant des streptocoques. Le nombre des leucocytes ne tarda pas à descendre jusqu'à 8.300.

D'autre part, M. Dützmann a également observé des cas où l'on avait posé le diagnostic de lésions suppurées (salpingite, abcès des parois abdominales) en l'absence de toute hyperleucocytose; or, dans ces faits on ne trouva jamais, au cours de l'intervention, la moindre trace de pus.

Enfin, comme l'a aussi constaté M. Curschmann, si l'incision n'a pas été suffisante pour assurer l'évacuation complète du contenu de la poche purulente, la rétention du pus se traduit, chaque fois, par une augmentation du nombre des leucocytes.

En présence de ces faits, on comprend que la numération des globules blancs du sang mérite d'être pratiquée

toutes les fois qu'il y aura lieu de soupçonner l'existence d'un processus phlegmasique susceptible d'aboutir à la suppuration, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'un procédé très facile à réaliser, même dans la clientèle privée, et plus expéditif que la recherche de la formule leucocytaire complète.

Peut être pourrait-on généraliser ces recherches et voir si la présence du pus, quel que soit le lieu de l'organisme où il se trouve, produit cette hyperleucocytose. Cette recherche pourrait peut être prendre une importance encore plus considérable.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. LES MÉLANODERMIES D'ORIGINE BILIAIRE. — II. CONTAGION DE L'ANGINE ET LA STOMATITE DE VINCENT. — III. UN CAS DE MORT SUBITE DANS L'APPENDICITE. — IV. CANCER DE L'AMPOULE DE VATER. — V. PHLÉBOSCLÉROSE DES VEINES SUPERFICIELLES DES MEMBRES. — VI. LES AGENTS PATHOGÈNES DES SEPTICÉMIES MÉTADIPHTÉRIQUES. — VII. TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX A RÉPÉTITION PAR LES INJECTIONS GAZEUSES.

I

(*Séance du 2 mai*). — MM. A. GILBERT et P. LEREBoullet, poursuivant leurs études sur la *cholémie*, lisent un mé-

moire très documenté sur les *mélanodermies d'origine biliaire*, dont nous donnerons un résumé succinct.

Presque toutes les *mélanodermies* peuvent se rencontrer chez les *cholémiques*.

Nævi pigmentaire. Grains de beauté. Les auteurs en ont constaté un grand nombre d'exemples; ils citent deux observations très nettes.

Ephélides. Lentigo. Taches de rousseur. Sans nier en ces cas l'influence du soleil, M. Gilbert avance que plusieurs fois la présence des taches de rousseur l'a mis sur la voie de la *cholémie familiale*.

Taches et masque biliaire. M. Gilbert rappelle ces taches pigmentaires planes fréquentes surtout au visage mais disséminées sur tout le corps, qui ont été, du reste, désignées sous le nom de *taches hépatiques*, il signale particulièrement une *pigmentation péri-oculaire* formant une sorte de *lunette pigmentaire* et siégeant principalement au niveau de la paupière inférieure. C'est un élément important du masque révélateur de la *cholémie*.

Cet aspect spécial des yeux, existait chez Napoléon I^{er} que M. Gilbert considère comme un cas très net de *cholémie familiale*.

Masque de la grossesse. Ligne brune abdominale, etc. Ces différents signes de la grossesse seraient plus marqués dans les cas de *cholémie familiale*.

En outre de ces *mélanodermies* qu'il appelle spontanées ou physiologiques, M. Gilbert signale les *mélanodermies* localisées ou généralisées qui peuvent être provoquées par des agents d'ordre *physique, chimique ou mécanique*.

La *chaleur* par l'action solaire peut produire le hâle d'une façon plus marquée chez les *cholémiques*; les chauffettes produisent aussi une *pigmentation spéciale*.

Les agents chimiques, tels que le *vésicatoire*, ou simplement des applications d'eau salée sur un point limité, peuvent amener des pigmentations.

Les *corsets*, les *ceintures*, les *bandages*, le *grattage* seuls peuvent avoir une action analogue.

Les *dermatoses* (herpès, zona, syphilides, etc). peuvent être le point de départ de macules pigmentées.

Les *parasites* (poux) déterminent des taches noirâtres par le grattage qu'ils provoquent.

M. Gilbert pense que la cholémie préexistante agit peut-être comme cause prédisposante de la mélanodermie addisonnienne, arsenicale, consécutive à l'antipyrine ou aubromure; succédant à l'ictère dans certains cas et déterminant alors ces faits d'*ictères noirs* qui ont été très discutés.

Des recherches histologiques faites sur quatre des malades observés par M. Gilbert ont montré que la pigmentation d'origine biliaire ne diffère de la pigmentation normale que par son degré plus marqué.

II

M. DOPFER, médecin au Val-de-Grâce, rapporte deux faits de contagion de l'angine de Vincent.

Deux hommes couchant dans la même chambre, mais non voisins de lit, contractent, à deux jours de distance, le premier une angine de Vincent, le second une stomatite à bacilles fusiformes. L'enquête étiologique établit, de la façon la plus nette, que tous deux étaient des compagnons inséparables, qu'ils se servaient couramment des mêmes objets usuels, et notamment de pipes qu'ils se prêtaient mutuellement. On connaît les cas de propaga-

tion de la syphilis par le même mécanisme ; le bacille fusiforme a certes pu être véhiculé par l'objet en question, se transmettre d'une bouche à l'autre, et engendrer chez l'homme contaminé la même lésion que celle dont le premier était porteur.

Le deuxième fait est non moins probant ; je le dois à l'extrême obligeance de MM. Launois et Le Marc'Hadour qui me l'ont communiqué.

Un jeune homme vient consulter M. Launois au sujet d'une ulcération avec exsudat grisâtre pseudo-membraneux qu'il porte sur l'amygdale droite ; un frottis de l'enduit est pratiqué ; il révèle une abondance extrême de bacilles fusiformes et de spirilles ; il s'agit en un mot d'une angine de Vincent. Mais le malade donne le renseignement suivant : sa maîtresse est porteur depuis quelque temps, et bien avant lui, d'une lésion occupant le même siège, et présentant des caractères identiques. L'examen microscopique fit rapidement reconnaître chez elle l'existence de la même affection.

M. VINCENT rapporte une observation presque identique au cas de M. Launois.

A ce propos, il ajoute que lorsqu'on peut hésiter entre une angine typique à bacille fusiforme et à spirilles et un accident syphilitique compliqué d'infection fuso-spirillaire, le traitement par des applications bi-quotidiennes de teinture d'iode, application faite énergiquement de façon à déterger l'ulcère, fait faire rapidement le diagnostic, la guérison de l'angine non syphilitique se faisant en trois au quatre jours.

M. SIREDEY pense que le traitement par la teinture d'iode ne réussit pas toujours aussi rapidement.

Le bleu de méthylène déposé simplement sur la muqueuse donne des résultats favorables et prompts.

III

M. LION rapporte un cas de mort subite dans le décours d'une appendicite.

Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans, ayant eu trois fois, en 1901, de courtes crises abdominales si peu douloureuses qu'elle n'a pas appelé de médecin; M. Lion l'a examinée une fois un lendemain de crises et n'a rien trouvé du côté de l'appendice.

Dans la nuit du 13 au 14 décembre, elle est prise d'une douleur violente au côté droit du ventre; crise d'appendicite typique qui évolue sans grande fièvre, 38,9 le 2^e jour, 39 le 3^e. L'amélioration s'établit dès le 4^e jour. la fièvre tombe le 6^e, la convalescence s'établit; la malade, soumise à un régime sévère, demande à manger avec insistance.

Le lundi 27 au matin, après une nuit excellente, elle demande le bassin pour uriner; la miction terminée, elle se souleva pour permettre de retirer l'instrument; elle retombe, elle était morte, sans un cri, sans un soupir.

Le Dr Lion n'a trouvé qu'un seul cas qu'on puisse rapprocher du sien. Il s'agit d'un homme de 42 ans, opéré par Roux, de Lausanne, le 15 juillet 1901; le 25 juillet, après des suites opératoires excellentes, le malade appelle sa femme, elle arrive et le trouve mort. L'autopsie, faite par Roux, fit découvrir un infarctus gros comme le poing dans le lobe inférieur du poumon gauche et Roux en conclut qu'il est mort par embolie.

IV

M. GALLIARD présente, au nom de M. MAURY, des pièces anatomiques provenant d'une autopsie faite dans son service.

Il s'agit d'un cas de *cancer de l'ampoule de Vater* ayant présenté les symptômes classiques de cette affection.

Cet homme, âgé de 67 ans, entre à l'hôpital le 16 octobre 1901 dans un état de cachexie profonde; dans ses antécédents on ne relève qu'un peu d'alcoolisme. En 1899, ictère qui dura six mois et pendant lequel on observa plusieurs crises douloureuses dans l'hypochondre droit, crises qui furent considérées comme des coliques hépatiques; cette jaunisse était variable d'intensité; en même temps amaigrissement et diminution des forces.

Pendant cinq mois l'ictère disparut, la santé fut assez bonne, mais l'amaigrissement s'accrut.

Il y a treize mois, nouvel ictère avec douleurs hépatiques pendant six semaines.

Disparition nouvelle de l'ictère pendant cinq mois.

L'ictère reparut en mars 1901 et depuis lors a persisté jusqu'à la mort, qui survint le 14 décembre.

L'autopsie a fait constater l'existence d'un noyau cancéreux unique, bien limité à la région vaticienne, de la largeur d'une pièce de 2 francs.

V

MM. SOUQUES et JANVIER présentent un malade de 40 ans, légèrement tuberculeux et présentant une induration des veines superficielles des membres.

Aux membres inférieurs, elle est bilatérale, symétrique et atteint les troncs des saphènes interne et externe. Par le palper on sent la saphène interne depuis la malléole interne jusqu'au pli de l'aîne, et la saphène externe depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au jarret. Ces veines sont plus petites que normalement; elles sont dures, résistantes et roulent sous le doigt comme une corde; elles sont uniformément et régulièrement indurées, sans aucune espèce de nouure, dans toute l'étendue de leur trajet.

Aux membres supérieurs, même bilatéralité et même symétrie. Presque tous les troncs collecteurs des veines superficielles du bras et de l'avant-bras sont indurés, et l'induration y présente les mêmes caractères qu'aux membres inférieurs.

Les veines de l'abdomen, du thorax, du cou et de la tête sont respectées. Pas de varices, pas de varicocèle, pas d'hémorroïdes.

Ces altérations veineuses sont survenues insidieusement, progressivement sans doute. Elles étaient ignorées du malade et ont été découvertes par hasard. Elles n'ont jamais donné lieu à des symptômes appréciables.

Ces phléboscléroses ont été étudiées par plusieurs auteurs, en particulier par MM. Vaquez et Letulle, qui ont décrit leurs lésions anatomiques, qu'ils différencient de celles de la phlébite chronique.

On ne sait rien sur la pathogénie de ces accidents, qui ne sont encore qu'une curiosité pathologique.

VI

(Séance du 16 mai). — MM. DEGUY et LEGROS lisent un travail du laboratoire de M. Marfan sur les agents pathogènes des septicémies métadiphthériques.

Ils commencent par faire remarquer que, dans l'épidémie de diphthérie qui dure depuis 1904, il existe des formes malignes, sur lesquelles le sérum de Roux, qui reste si efficace dans les formes ordinaires, agit lentement, incomplètement et souvent n'empêche pas les accidents mortels. Ceux-ci surviennent tardivement.

A l'autopsie, on trouve de la myocardite, avec ou sans endocardite, compliquée de thrombose cardiaque.

Les auteurs du mémoire ont trouvé dans les thromboses cardiaques un nouveau micro-organisme qui existerait d'une façon constante dans le sang des petits malades atteints de ces angines malignes. Ces *diplocoques*, qui présentent sur gélose des cultures, qui ont tantôt l'aspect translucide d'une goutte de rosée, tantôt sont d'un blanc-porcelaine, ont été dénommés, par les auteurs, *diplococcus hemophilis perlucidus* et *diplococcus hemophilis albus*. Le nom d'hémophilis leur a été donné parce qu'il ne poussent bien que sur gélose additionné de sang.

Les auteurs donnent avec détails les caractères de ces microbes, leur mode de culture.

VII

(Séance du 23 mai) — MM. VAQUEZ et QUISERNE lisent un travail sur le traitement des épanchements pleuraux à répétition par les injections gazeuses.

Le professeur Potain a, en 1898, indiqué les bons

effets que l'on pouvait retirer du traitement du pneumothorax par les injections d'air stérilisé.

D'un autre côté, les bons effets obtenus par l'évacuation des liquides dans les cas de tuberculose des séreuses, et le contact avec l'air extérieur lorsqu'il s'agit de tuberculose péritonéale, ont entraîné les auteurs à chercher, par l'introduction de gaz de diverse nature dans les cavités séreuses, la guérison ou tout au moins l'atténuation de l'infection tuberculeuse. C'est dans cette pensée que le professeur Ayerza, de Buenos-Aires, a systématiquement traité les pleurésies séreuses tuberculeuses, aiguës ou chroniques, par la ponction suivie d'injection intra-pleurale d'oxygène.

Le but que se proposait le professeur Potain était de provoquer une action mécanique, capable de s'opposer à la réouverture d'une fistule oblitérée et secondairement à la reproduction du liquide; pour le professeur Ayerza, le gaz injecté posséderait une vertu spéciale propre à enrayer l'évolution du processus tuberculeux.

La méthode proposée aujourd'hui par M. Vaquez a un but très restreint; elle consiste à provoquer la formation d'un pneumothorax artificiel capable de s'opposer à la reproduction incessante du liquide telle qu'on la voit au cours de certaines pleurésies chroniques.

En prenant son service à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de janvier 1902, M. Vaquez y trouva un malade en traitement depuis mai 1901 pour une pleurésie de nature tuberculeuse qui avait nécessité 12 ponctions. Chaque fois on avait retiré une quantité de liquide variant de 1.000 à 1.500 grammes, l'épanchement se reproduisant invariablement dans l'espace de trois à cinq semaines. L'état général du malade n'était pas mauvais, il n'avait pas de fièvre,

mangeait avec appétit; il avait même repris un embonpoint notable. Il pouvait même aller et venir, sauf dans les huit ou dix jours qui précédaient le moment de la ponction. Une gêne respiratoire rapidement croissante le retenait alors au lit. La pleurésie était à gauche et avait légèrement refoulé le cœur vers la droite.

Le 7 janvier, une treizième thoracentèse retirait un litre de liquide citrin. Le 21 janvier, l'épanchement s'est reproduit, et c'est alors que, las d'assister en témoin aussi impuissant à une récurrence inévitable, M. Vaquez résolut de remplacer le liquide soustrait par de l'air stérilisé. Il retira par la ponction un litre de liquide et injecta, au moyen de l'appareil imaginé par le professeur Potain, $\frac{3}{4}$ de litre environ d'air. La ponction permit de constater l'extrême épaisseur et l'extrême dureté du feuillet pleural qui avait offert une grande résistance au trocart. Une heure environ après la ponction, le malade présentait une très forte élévation de température (40°) avec malaise passager. Dès le soir, la température était revenue à la normale pour n'en plus bouger. Pareil accident était survenu à une ponction antérieure, et, pour l'expliquer, on ne pouvait invoquer que cette facilité extrême de réaction que présentent les sujets tuberculeux aux injections ou aux traumatismes quels qu'ils soient.

Les suites furent des plus simples. Immédiatement après l'intervention on put constater tous les signes de l'hydropneumothorax, et ce pneumothorax persista jusqu'au 28 avril, c'est-à-dire pendant *plus de trois mois*. Le liquide, toujours perceptible, en faible quantité à la base de la poitrine, ne se reproduisit plus, et, aujourd'hui encore il ne nous semble pas qu'une nouvelle intervention soit devenue nécessaire.

M. Vaquez soigna de la même façon un autre pleurétique dans le service de M. Vidal et avec le même résultat.

Il ajoute : « Ces deux cas, par la netteté de leur évolution, avant et après l'injection d'air stérilisé, nous autorisent, pensons-nous, à conclure que notre intervention a été légitime et efficace. Nous estimons donc que la méthode que nous préconisons est susceptible de rendre de grands services dans les cas analogues où, jusqu'ici, trop souvent, nos ressources thérapeutiques ont été vaines, réduits que nous sommes à attendre du *bon vouloir de la plèvre et du poumon* une guérison que nous ne pouvons pas provoquer. »

Nous avons souligné cet aveu d'impuissance que nous tenons à enregistrer ; nous ne nous croyons pas aussi peu armés que nos confrères, et dans notre arsenal thérapeutique homœopathique, nous avons des médicaments qui nous permettent, le plus souvent, de guérir les pleurésies sans thoracentèse.

Quoi qu'il en soit, voici la manière d'opérer de M. Vaquez ; elle est assez simple : « Il suffit de faire usage d'un trocart relié à un tube en caoutchouc en Y, dont l'une des branches est mise en communication avec un siphon de Potain, tandis que l'autre, restant libre, est munie vers son milieu d'une ampoule de verre garnie d'ouate, qui a été préalablement stérilisée à l'autoclave. Au moment de faire la ponction, les tubes de caoutchouc ont été soigneusement bouillis ; on adapte la boule de verre, et une pince à forcipressure ferme le tube de caoutchouc qui y accède, tandis qu'on pratique la ponction. Celle-ci ayant permis de retirer de la plèvre la quantité projetée, l'injection de l'air se fait facilement ; tandis que l'on reporte la pince

du deuxième tube en caoutchouc sur le premier (côté de l'aspiration), on adapte la pompe foulante à l'extrémité du tube libre. L'air aspiré au dehors est injecté doucement dans la plèvre et se stérilise en passant à travers l'ampoule de verre munie de son bouchon d'ouate. »

M. Vaquez pense que l'air atmosphérique est préférable à l'oxygène, parce qu'il se résorbe moins vite que lui. On pourrait le remplacer par l'azote s'il se résorbait trop rapidement et, par conséquent, si le liquide se reproduisait.

M. GALLIARD ne croit pas que cette opération soit souvent nécessaire. « Chez les tuberculeux, la pleurésie guérit généralement toute seule ; elle guérit même parfois *trop vite*, puisque c'est après sa disparition qu'on assiste à l'évolution rapide de la tuberculose du parenchyme pulmonaire. La chose me paraît si évidente, qu'au point de vue de la thoracentèse, je deviens de plus en plus abstentionniste, répétant ce que j'écrivais en 1897, dans mon article sur les pleurésies providentielles : « Gardez-vous « de taquiner les pleurésies tuberculeuses. »

M. BARIÉ appuie l'opinion de M. Galliard ; il est de plus en plus convaincu qu'il faut toucher le moins possible aux épanchements pleuraux de nature tuberculeuse.

A moins que la thoracentèse ne s'impose d'urgence par des troubles respiratoires graves, il croit préférable de respecter l'épanchement, qui lui paraît exercer sur la marche de la tuberculose une influence relativement favorable.

Par contre, il a pu voir quelques cas où une ponction inopportune a donné comme un coup de fouet à la marche, jusqu'alors torpide, de la tuberculose, et activé singulièrement son évolution fatale.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. ASSIMILATION DES LÉSIONS CLAVELEUSES AU POINT DE VUE MICROSCOPIQUE ET HISTOLOGIQUE AVEC LES LÉSIONS DE LA VACCINE, DE LA VARIOLE, DE LA SYPHILIS ET DU CANCER. — II. PROCÉDÉS DE RECHERCHES DES SELS BILIAIRES PAR L'ÉMULSION DU CHLOROFORME PAR LES URINES. — III. NOTE SUR LE PUS D'ABCÈS SUITE D'AVORTEMENT ET DE SALPINGITE. — IV. SUR LES SUBSTANCES TOXIQUES DES SÉRUMS NORMAUX. — V. ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA MALADIE DU SOMMEIL. — VI. MODIFICATION DE LA TENEUR EN POTASSE DES POMMES DE TERRE CRUES, BOUILLIES OU ROTIES. — VII. SUR LA NATURE DE L'AGENT PATHOGÈNE DE LA FIÈVRE JAUNE.

I

M. Bosc, de Montpellier, a communiqué à la Société de biologie, dans la séance du 1^{er} février 1902, un mémoire que nous résumons :

Si l'on injecte dans le tissu cellulaire d'un agneau le sang de l'agneau clavelisé à une période déterminée de sa maladie, on obtient des lésions dont les principales sont : la tumeur sous-cutanée d'inoculation, les pustules dermo-épidermiques, les tumeurs pulmonaires, les tumeurs stomachales et des nodules hépatiques.

Ces tumeurs sont des néoformations et des hypertrophies épithéliales ou conjonctives qui sont macroscopiquement et histologiquement identiques, dans la clavelée, la variole, la vaccine, la syphilis et le cancer épithélial à son début.

Toutes ces néoformations cellulaires sont caractérisées en outre par la présence constante de *corps parasitoïdes* intra-protoplasmiques, comparables aux parasitoïdes qui existent dans la vaccine, la variole, la syphilis et le cancer.

Dans une communication du même auteur, séance du 8 mars, M. Bosc revient sur la production dans le foie de tumeurs qui ont tous les caractères d'un cancer véritable.

Si les résultats annoncés par M. Bosc sont confirmés, si réellement la clavelée a la puissance d'engendrer un tissu cancéreux dans un organisme sain, il y aurait, dans ce fait éclairé par la loi de similitude et par la doctrine pasteurienne de la sérumthérapie, une voie ouverte au traitement et à la guérison du cancer.

Et, pour notre compte, nous sommes décidé à expérimenter ce moyen en nous entourant de toutes les précautions qui doivent mettre le malade à l'abri des accidents qui peuvent accompagner la sérumthérapie.

II

MM. Billard et Dieulafoy ont présenté, dans la séance du 8 mars, à la Société de biologie, une technique pour reconnaître les sels biliaires dans l'urine.

On verse dans un tube à essai cinq centimètres cubes de chloroforme et dix d'urine. On agite vivement le tube et on observe la production d'une mousse abondante et persistante pendant deux heures, et une émulsion condensée à la partie inférieure du tube qui reste stable plusieurs jours, si l'urine est normale.

Si l'urine contient de la bile, l'émulsion est complètement détruite au bout d'une heure et la mousse est très instable.

III

Nous trouvons, dans le numéro du 15 mars 1902, deux articles qui ont pour but d'étudier les microbes pathogènes de suppuration utérine ou de la trompe.

La première de ces notes, dues à MM. E. Rist et J. Mouchotte, a trait à trois cas d'infection utérine après l'avortement. Elle a pour but avoué de démontrer que le streptocoque pyogène n'est pas le seul agent de l'infection puerpérale.

Dans les deux premiers cas on a rencontré, à côté du streptocoque, des bacilles anaérobies dont l'action, suivant nous, n'est pas suffisamment définie.

Le troisième cas, au contraire, est remarquable par l'absence de streptocoque et la présence de plusieurs microbes strictement anaérobies.

La seconde note est de M. Rist seul. C'est une note sur sept cas de salpingites suppurées.

Dans quatre cas, le pus était sans odeur. Deux fois, des cultures sur gélose-ascite ont fait voir le gonocoque à l'état de pureté. Deux fois les cas ont été stériles.

Dans trois cas de salpingite puerpérale le pus était fétide. Le premier de cette série présentait le streptocoque pyogène, le bactérium coli et trois espèces anaérobies. Dans le second, le streptocoque manquait et on trouvait six espèces d'anaérobies strictes. Enfin, dans le dernier cas, dont le pus était horriblement fétide, on ne put constater la présence d'aucun microbe.

Le pus fétide dépourvu de microbes appartenait à une salpingite déjà fort ancienne et les chirurgiens n'ignorent point que les microbes se détruisent dans le pus des abcès anciens.

Quant aux autres faits, nous les avons signalés parce qu'ils constituent des éléments pour l'étude de l'action des microbes pathogènes mais nous ne trouvons pas qu'on puisse encore en déduire une conclusion ferme.

Que prouvent, entre autres, ces deux salpingites dont le pus était amicrobien, mais dont on a oublié de nous signaler l'âge de l'abcès.

IV

Büchner nous a appris que les sérums normaux de certains animaux jouissaient de propriétés globulicides vis-à-vis du sang d'animaux d'autres espèces. Ces propriétés globulicides ou hémolytiques étaient dues à une substance à laquelle il a donné le nom d'alexine. Non seulement les sérums normaux jouissent de propriétés globulicides, mais de propriétés bactéricides.

MM. Carré et Vallée, d'Alfort, ont présenté une note de laquelle il résulte que la propriété hémolytique des sérums normaux est proportionnelle à leur propriété toxique. Ainsi le sérum du bœuf, qui est très globulicide du sang des cobayes est aussi très toxique et tue cet animal en quatre heures trente minutes; tandis que le sérum de l'âne, dont les propriétés hémolytiques sont très légères, et celui du cheval qui n'est point globulicide du tout pour le cobaye ne déterminent jamais la mort du cobaye.

Le parallélisme entre la propriété hémolytique et le pouvoir toxique d'un sérum est donc absolu.

MM. Carré et Vallée présentent une autre considération.

Si on épuise les propriétés hémolytiques d'un sérum en le saturant des hématies qu'il détruit, ce sérum perd son

pouvoir toxique. Exemple : Si on injecte dans le péritoine d'un cobaye 10 à 20 centimètres cubes ayant hémolysé à saturation des hématies de cobaye, cet animal reste indemne, tandis que si on injecte la même quantité d'un sérum neuf, le cobaye meurt en quelques heures.

Nos auteurs ajoutent que l'action du vieillissement à la lumière diffuse d'un sérum frais fait disparaître parallèlement le pouvoir globulicide et la toxicité.

Ces faits ne pourraient-ils pas permettre de conclure à l'identité des substances globulicides et toxiques? (Séance du 15 février, page 176.)

V

Cette [maladie bizarre (la maladie du sommeil) et qui semble propre à la race nègre serait due, d'après M. Rouget, à l'existence d'une filaire qu'on rencontre constamment dans le sang de ces malades.

D'après ce médecin, les filaires, par leur pullulation, déterminent dans les veines des caillots fibrineux qui seraient la cause d'épanchements séreux particulièrement dans les méninges. Cette lésion expliquerait l'état de somnolence caractéristique de cette maladie. (Séance du 4 février, page 198.)

VI

Depuis quelques années on a préconisé l'usage des pommes de terre dans le régime diabétique. On a attribué les bons effets obtenus par la cure de *Parmentières* à la teneur des sels de potasse contenus dans la pomme de terre. Cet alcalin excitant la glycolyse dans l'organisme.

A ce point de vue il était donc nécessaire de chercher

quel était le mode de cuisson qui enlevait le moins de potasse à la pomme de terre.

D'expériences nombreuses dues à MM. Mossé et Maiche, il résulte que la pomme de terre cuite au four est celle qui retient le plus de potasse, que la pomme de terre bouillie en retient un peu moins, mais qu'elle peut être permise aux diabétiques, car elle ne perd que 16 centigrammes de sel de potasse par kilogramme.

VII

MM. Reed, Carrol. Agramont ont publié un mémoire pour démontrer la transmission de la fièvre jaune par les moustiques. D'après ces auteurs, les culex qui ont piqué un malade atteint de fièvre jaune ne sont aptes à transmettre la maladie que douze jours après. M. Laveran, en communiquant ce travail à la Société de biologie, dans la séance du 12 avril, remarque qu'il faut aussi huit jours aux anophèles pour devenir aptes à transmettre la malaria.

On avait conclu de la transmission de la fièvre jaune par les insectes à la présence dans le sang d'un hématozoaire analogue à celui de la malaria; il n'en est rien et M. Laveran conclut que l'agent pathogène de la fièvre jaune doit être classé comme ceux de la fièvre aphteuse, de la péri-pneumonie des hovidés, etc., dans la classe de ces microbes dont l'existence n'est pas douteuse, bien que, par leur petitesse, ils échappent au plus fort grossissement de nos microscopes.

Nous considérons cette assertion comme absolument gratuite. Les microbes que l'on ne peut voir ni cultiver ne sont pas des microbes.

Mais nous retenons la communication de M. Laveran

qu'il faut huit à dix jours à un anophèle pour élaborer suffisamment l'hématozoaire de la malaria et devenir capable de transmettre cette maladie.

Et cependant, à propos des fièvres de Diégo Suarez, l'auteur nous disait que, quarante-huit heures après le début de la saison des pluies, les fièvres éclatent dans la population en même temps que naissent les anophèles.

Il faut donc admettre qu'au moins dans ce cas particulier, la fièvre intermittente se développe en dehors des piqures d'insectes.

R. WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

UNE FAUTE DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE ANTISEPSIE OU SEIGLE ERGOTÉ?

Pas plus que dans la chirurgie en général, la question d'antisepsie ou asepsie n'est pleinement résolue en gynécologie.

Dans le vagin des femmes près d'accoucher, on ne trouve pas normalement le streptococcus pyogen. puerper. ni le staph. pyogenes aureus, ni le bacterium coli, les facteurs connus de la fièvre puerpérale, mais surtout les bactéries qui ne vivent que dans l'oxygène ; et la présence des bactéries putréfiantes y est invraisemblable. L'accoucheur n'a donc pas à se préoccuper, même dans les opérations graves de la gynécologie, des sécrétions du canal vaginal, car on peut regarder, d'après les recherches cliniques de Leipzig, cette région comme aseptique. Les

observations comparatives ont donné des résultats au moins aussi satisfaisants chez les malades non désinfectées que chez les autres, ce qui conduit à la conclusion : *que dans l'accouchement des services cliniques comme de la pratique privée, il faut abandonner cette désinfection du vagin.*

Mais la fièvre puerpérale peut venir de la migration des bactéries de la peau des parties génitales externes dans le canal cervical et la cavité utérine, sans que le médecin et la sage-femme aient touché l'accouchée. — Pour répondre à cette assertion la clinique de Leipzig a fait des comparaisons nombreuses et est arrivée aux conclusions suivantes :

1° Les sages-femmes et les médecins, en évitant de toucher le vagin et les parties génitales externes, abaisseront notablement la mortalité des femmes en couches.

2° La fièvre peut se produire chez elles, sans contact étranger.

Mais cette fièvre n'est pas toujours puerpérale ; il existe une endométrite gonorrhéique fébrile, une fièvre résultant de petites crevasses infectées du mamelon des nourrices.

Les états puerpéraux graves sont produits, moins par l'infection de déchirures vaginales, périnéales ou cervicales que par l'infection de la muqueuse intra-utérine, surtout à l'insertion placentaire.

La pénétration dans l'organisme s'opère soit par les lymphatiques, soit par les vaisseaux sanguins. Mais pour opposer des barrières à l'infection endométrique, la clinique de Leipzig a prouvé, par sa pratique, que les diverses formes de l'endométrite puerpérale guérissent aussi bien par l'expectative, et qu'après un grand lavage de plusieurs litres dans l'utérus, fait avec un liquide désinfectant, le nombre des bactéries n'était pas sensiblement diminué.

L'emploi à l'intérieur du *Secale cornutum* qui, resserant les vaisseaux lymphatiques, limite le champ d'infection, suffit à rendre l'endométrite, non compliquée, presque toujours bénigne.

Il n'est point, dit Bahr, de médicament plus actif sur l'utérus que *Secale*, quand le ventre est gonflé, sans trop de douleur, que le vagin secrète un liquide brun et nauséabond, que les plaies des organes génitaux externes sont de mauvaises couleurs, et gonflent rapidement, que la fièvre revient avec chaleur et mouvements convulsifs, le pouls petit et intermittent, grosse angoisse, douleur précordiale, vomissements de mauvaise nature, selles nauséabondes, l'urination presque supprimée. Le *Secale* convient quand les douleurs sont calmées par l'enveloppement de linges mouillés à froid (l'arsenic quand l'amélioration est faite par les applications chaudes). L'homœopathie couvre l'ensemble des symptômes et emploie le médicament à faible dose.

(*Allg. homoop. Zeitung*, 19 juin 1902).

P. PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE ET DE L'ALBUMINURIE PAR LA GÉLATINE.

MM. Marc Laffont et André Lombard recommandent la gélatine à raison de 15 grammes par jour; le remède peut être pris sous forme de gelée froide; il est préférable de le faire ingérer avec du jambon, des viandes froides. Dans les diabètes bénins, dont l'urine ne contient pas plus

de 10 grammes de glucose par litre et qui n'arrivent pas au-delà de 2 litres par jour, la guérison serait de règle? et s'observe en un temps variable de 10 à 15 jours. Quand le diabète est grave, la diminution de glucose est d'environ 10 grammes par litre. Même amélioration dans l'albuminurie; le taux de l'albumine baisserait plus ou moins rapidement, suivant la gravité du cas. Le traitement sera continué après la disparition du symptôme, aussi bien dans l'albuminurie que dans le diabète. Les auteurs ont employé la même médication avec succès dans les hémorrhagies (*Progrès méd.*, 5 avril).

LE PERMANGANATE DE POTASSE DANS L'EMPOISONNEMENT AIGU
PAR LA MORPHINE.

Le permanganate de potasse, comme antidote de la morphine et de l'opium, a été préconisé dès 1877 par Barker Smith. En 1894, W. Moor confirma par ses expériences celles de Barker Smith. Le permanganate précipite la morphine *in vitro*. Par son grand pouvoir oxydant ce sel réduit et transforme la morphine en oxydo-morphine qui est inoffensive.

On peut administrer le permanganate par la bouche ou en injections hypodermiques, cette dernière méthode plus rapidement efficace est recommandée.

Par la bouche, W. Moor conseille d'administrer 0 gr. 50 à 1 gramme de permanganate dissous dans 200 grammes d'eau et de répéter cette dose trois ou quatre fois de suite de demi-heure en demi-heure. En injection sous-cutanée on peut injecter jusqu'à 8 à 10 cc. d'une solution à 4 ou 5 pour 100. Weber (*in Medical Record*, octobre 1901), cite

un cas d'empoisonnement suraigu, avec arrêt de la respiration, pouls filiforme traité avec un plein succès en injectant un peu plus d'un centigramme de permanganate toutes les 10 minutes jusqu'à concurrence de 10 centigrammes. Aucune suite fâcheuse locale ou générale ne fut observée. (*Journal des Praticiens*, 10 mai).

L'ANTIPYRINE CONTRE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

Au cours d'une petite épidémie de méningite cérébro-spinale qui éclata à bord du *Montrose*, parmi les prisonniers boers, M. le D^r E. C. Freeman (médecin militaire anglais) traita trois malades atteints de cette affection par l'antipyrine, à la dose de 0 gr. 30 centigr. à 0 gr. 60 centigrammes répétée trois fois par jour. Chez un de ces patients, âgé de dix-neuf ans, la température, qui avait été au commencement de la maladie de 39°4, tomba, dans l'espace de deux jours, sous l'influence de la médication, à peu près à la normale, en même temps que les douleurs à la nuque se dissipaient. Toutefois, ce jeune homme ne tarda pas à faire une rechute et finit par succomber, après avoir passé, pendant trois mois, par une série d'alternatives d'amélioration et d'exacerbation des symptômes méningitiques. Les deux autres patients, âgés l'un de treize ans et l'autre de quinze ans, et qui, tous les deux, présentèrent des signes caractéristiques de méningite cérébro-spinale, furent complètement guéris.

Etant donné que les autres cas (au nombre de 3 également) observés au cours de la même épidémie et traités par les moyens usuels ont rapidement abouti à la mort,

notre confrère estime que l'antipyrine mériterait d'être essayée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une méningite cérébro-spinale. (*Semaine Médicale*, 28 mai).

DÉLIMITATION DE L'ESTOMAC PAR UNE SIMPLE INSPECTION.

Le Dr Mark Knapp, médecin chef du service de consultations pour les maladies de l'estomac à l'Hôpital austro-hongrois de New-York, décrit la manière de fixer la limite inférieure des l'estomac par la simple inspection quel que soit l'embonpoint du malade. Pour procéder à cet examen, notre confrère fait coucher le patient sur le dos, l'abdomen étant mis à nu, et l'engage à respirer tranquillement.

Le médecin se place soit à la tête du lit, soit de côté, en se tenant à une certaine distance de la région gastrique ; puis, il se baisse jusqu'à ce que ses yeux se trouvent dans le même plan que cette région et il observe les ondulations respiratoires, qui se laisseraient toujours facilement apercevoir, même chez les individus très obèses. En suivant d'une manière attentive ces mouvements de va-et-vient de la paroi abdominale, on ne tarderait pas à remarquer qu'à chaque inspiration il se dessine sous la peau une ligne très fine qui correspond précisément à la grande courbure de l'estomac. En effet, si, après avoir noté sur la paroi de l'abdomen la situation occupée par cette ligne à la fin de l'inspiration, on procède à la percussion, en ayant soin de disposer l'index et le médus de la main gauche de façon qu'ils ne soient séparés que par la marque en question, on constate que les sons obtenus par la percussion légère pratiquée alternativement sur chacun

de ces deux doigts présentent une différence, l'un des doigts correspondant au colon et l'autre à l'estomac. Pour rendre cette différence encore plus nette et pouvoir de la sorte mieux vérifier les résultats fournis par l'inspection, il suffit d'insuffler dans le gros intestin une petite quantité d'air. (*Semaine médicale*, 7 mai).

TRAITEMENT DU LUPUS ET DU PSORIASIS PAR LE PERMANGANATE
DE POTASSE.

M. Hallopeau. — On a prétendu que le permanganate de potasse était impuissant à guérir complètement le lupus. A cette assertion, je puis opposer l'exemple d'une femme que j'ai déjà montrée deux fois ici même et qui vient de subir une autoplastie chez M. Berger, après avoir été radicalement guérie d'un lupus grave par le permanganate de potasse. Chez une série de malades que je vous présente aujourd'hui, on remarque que, sous l'influence du même mode de traitement, du tissu cicatriciel s'est largement substitué au tissu lupique. Je ne doute pas qu'en continuant cette médication je ne finisse par avoir raison des nodules, très peu nombreux d'ailleurs, qui persistent encore chez eux. On voit donc que le permanganate de potasse n'agit pas seulement sur les couches superficielles, mais qu'il pénètre aussi les tissus profonds par absorption.

Je dois ajouter que, dans le psoriasis, j'ai obtenu d'excellents résultats en appliquant sur les lésions des compresses imbibées d'une solution du même sel, solution dont le titre varie, suivant la tolérance des patients, de 0,3 à 1 p. 100. (*Semaine médicale*, 7 mai).

LES BRULURES DU LARYNX PAR LE SUBLIMÉ.

En prescrivant les pilules de Dupuytren qui renferment du sublimé (1 centigr.), le praticien se doute-t-il qu'il risque d'occasionner des accidents laryngés. Des brûlures peuvent être produites par le sublimé pris à dose toxique; le larynx et la gorge deviennent le siège de douleurs vives, la voie s'enroue; la langue se desquame et se recouvre de petites plaques blanchâtres. Le voile du palais et les piliers se recouvrent de larges plaques diphtéroïdes. Le repli ary-épiglottique peut se tuméfier et masquer la bande ventriculaire.

Mais des troubles survenant après l'ingestion d'une pilule de Dupuytren, le fait n'avait pas encore été signalé. M. Garel rapporte une observation de ce genre (*Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1902). Un jeune confrère qui absorbait des pilules à 1 centigramme de sublimé avec 7 à 8 centigr. d'excipient se fit un jour faire des pilules plus petites dans lesquelles l'excipient n'entrait plus que pour 4 centigr. Le 11 mars, il roule dans ses doigts la pilule qu'il allait prendre et, sous l'influence de la chaleur, il la ramollit considérablement. Il l'avale néanmoins, mais la pilule, au lieu de descendre directement dans l'œsophage, s'arrête à l'entrée du côté gauche. Aussitôt il ressent une sensation de corps étranger et de gêne suivie bien vite d'une cuisson violente irradiée vers le cou et l'épaule. A l'examen laryngoscopique, œdème opalin du volume d'une grosse graine de raisin, siégeant sur l'aryténoïde gauche. Un badigeonnage à la cocaïne, l'usage du lait calment la douleur.

Les jours suivants, l'œdème disparaît, laissant à sa place une escarre blanchâtre.

Cette observation montre qu'il est important de ne pas diminuer la dose d'excipient dans les pilules de sublimé; elle prouve aussi qu'il est prudent de boire une certaine quantité de liquide après chaque pilule, si l'on veut éviter des brûlures analogues dans l'estomac. (*Journal des praticiens*, 26 avril).

LE CHLORURE D'OR DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES.

Après avoir reçu diverses applications thérapeutiques, le chlorure d'or est aujourd'hui tombé dans un oubli à peu près complet. A en juger d'après les essais cliniques dont M. le D^r G. Bué vient de consigner les résultats dans sa thèse inaugurale, cette défaveur ne serait rien moins que méritée, le chlorure d'or possédant un pouvoir antiseptique égal à celui de l'iode (Miquel) et paraissant, en outre, exercer une action élective sur les lésions tuberculeuses. On sait, d'ailleurs, que ce sel avait jadis été préconisé, à titre de topique, contre les ulcérations scrofuleuses. M. Bué l'a employé en injections dans les cas d'adénite non suppurée, ainsi que dans les abcès froids. A cet effet, notre confrère s'est servi d'une solution contenant 1 gramme de chlorure d'or et autant de chlorure de sodium pour 50 grammes d'eau distillée. Dans les adénopathies non suppurées, il injectait, tous les huit jours, un quart ou un demi-centimètre cube de cette solution au sein de la masse ganglionnaire immobilisée entre le pouce et l'index de la main gauche. Pour les adénites suppurées et les abcès d'origine osseuse, il pratiquait la ponction et l'aspiration du liquide, qu'il remplaçait ensuite par l. c. c.

de la solution aurique, en obturant finalement l'orifice de ponction au moyen d'ouate imbibée de collodion ; ces injections étaient d'abord répétées deux à trois fois par semaine, puis on les espaçait de plus en plus au fur et à mesure que la tuméfaction diminuait et que la suppuration se tarissait.

Dans les adénites non suppurées, M. Bué a constaté, après 4 à 12 injections, la régression complète du processus tuberculeux. L'action du chlorure d'or ne fut pas moins énergique à l'égard des ganglions suppurés et des abcès d'origine osseuse : sous l'influence de ce traitement, le pus, de grumelleux et épais, devenait fluide et s'éliminait rapidement, en même temps que les parois de la cavité subissaient la transformation fibreuse et se rétractaient au point de donner la sensation d'une petite masse irrégulière, très dure et appréciable seulement au toucher. La guérison complète nécessita de 10 à 20 injections, et celles-ci ne donnèrent jamais lieu à des phénomènes réactionnels intenses ni à des douleurs.

Notre confrère a également essayé les applications de chlorure d'or dans la laryngite tuberculeuse, mais ce médicament n'a pas paru agir plus rapidement que les topiques usuels. (*Semaine médicale*, 23 avril).

NÉCROLOGIE

D^r RICHARD HUGHES

L'homœopathie vient de faire une perte considérable dans la personne du D^r R. Hughes, qui, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, a eu une influence énorme sur nos doctrines thérapeutiques.

Nous lui devons des ouvrages de la plus grande valeur, soit pour la vulgarisation de l'homœopathie, soit pour l'établissement de notre matière médicale.

Le *Manuel de pharmacodynamique*, dont notre confrère Guérin-Ménéville avait donné une traduction aujourd'hui épuisée, est l'exposition claire, méthodique, de l'action de la plupart de nos médicaments; cette étude pratique ne s'occupe que des actions principales des médicaments sur l'homme tout en indiquant leurs indications cliniques dans les maladies. Ce livre reste certainement celui qui peut donner le plus rapidement et le plus complètement une idée de ce qu'est la thérapeutique homœopathique, et celui dont nous recommandons tout particulièrement la lecture à ceux de nos confrères, qui seraient tentés d'examiner nos doctrines.

Il publia aussi un *Manuel de thérapeutique* ayant les mêmes qualités de clarté et donnant à peu près les mêmes indications de médicaments mais en partant de l'ordre inverse, c'est-à-dire en étudiant à propos de chaque maladie les médicaments qui peuvent y être opposés, tandis que dans son ouvrage précédent, il traitait, à propos de chaque médicament, les maladies ou les symptômes auxquels ils étaient appréciables. Ces deux manuels se complètent mutuellement et doivent être placés parmi les ouvrages indispensables pour la pratique de notre thérapeutique.

Le *Cyclopædia of drug pathogenesis*, qu'il mena à bien en quelques années avec la collaboration de quelques confrères anglais et américains, est une œuvre de bénédictin: à propos de chaque médicament, il reproduit les empoisonnements, les expérimentations sur l'homme, les expérimentations sur les animaux, d'après les documents originaux, et en suivant l'évolution des symptômes et des

lésions, de sorte que nous avons pour chaque médicament une suite d'observations assez analogues aux observations des maladies, et que nous pouvons nous faire une idée faisant véritablement l'image de l'action médicamenteuse.

Comme complément de cette encyclopédie, R. Hughes publia personnellement un répertoire en 4 fascicules, permettant de retrouver, à propos de chaque organe, et de chaque symptôme qu'on peut observer dans cet organe, tous les médicaments qui ont produit le symptôme avec l'indication de l'observation ou des observations, où on peut les rechercher de façon à pouvoir choisir celui qui se rapproche le plus du symptôme que nous avons à combattre, de la maladie que nous avons à soigner.

Voilà l'œuvre de R. Hughes auteur; comme journaliste, nous pouvons dire qu'il collabora pendant longtemps au *British Journal of homœopathy*, qu'il édita depuis sa fondation le *Journal of the British homœopathic Society*, dont il était, croyons-nous, le secrétaire général et aux discussions de laquelle il prenait fréquemment part.

Nous avons connu surtout R. Hughes dans nos congrès, soit qu'il vint simplement représenter parmi nous les homœopathes anglais, soit, comme en 1900, qu'il vint siéger nous comme secrétaire perpétuel des congrès homœopathiques internationaux.

R. Hughes est mort à Dublin, le 2 avril dernier, en pleine maturité de son talent, puisqu'il avait à peine 65 ans, et nous déplorons d'autant plus sa mort que ses travaux antérieurs étaient un sûr garant de ceux qu'il aurait encore pu produire. Il a été enterré le 10 avril, jour anniversaire de la naissance de Hahnemann.

Nous sommes sûrs d'être l'interprète de tous nos confrères français en rendant ici un hommage public à ce grand savant, que nous avons eu l'honneur de connaître et d'apprécier et dont les travaux ont servi et serviront de guides à tous nos confrères.

D^r MARC JOUSSET

TABLE DES MATIÈRES

A

Académie de médecine (revue del'), Voir Jousset P.....	
Acide borique (dangers de l'emploi de l') pour la conservation des aliments.....	151
Acide phénique (nouveau cas de tétanos traité par les injections d').....	64
Acide silicytique (emploi de l') en petites quantités pour faire tolérer le lait.....	389
Acide salicylique (remarques sur l').....	385
Acomit (des préparations officinales d').....	152
Agaricus (action physiologique de l') et de la muscarine.....	141
Albuminurie (le traitement de l') par la gélatine.....	464
Alexines et sensibilisatrices.....	126
Allénation hystérique (de l').....	337
ALLEN — Keynotes of leading remedies of the materia medica (art. bibl.).....	77
Amaigrissement extrême et mort par inanition (anorexie hystérique).....	66
Angine blanche non diphtérique et sérum antidiphtérique.....	205
Angine de Vincent guérie en trois jours par des applications de bleu de méthylène.....	133
— (contagion de l').....	446
Anophèles (observations sur les) et la transmission des fièvres intermittentes.....	291
— (les) et le paludisme.....	421
Anorexie hystérique.....	66
Antipyrine (hémoglobinurie toxique à la suite d'ingestion d').....	393
— (l') contre la méningite cérébro-spinale épidémique.....	466
Aortite syphilitique latente et névralgies viscérales....	134
Apocynum cannabinum 111.	396

Appendicite (la numération des leucocytes du sang comme moyen de diagnostic de la présence du pus). — (un cas de mort subite dans l').....	439 448
Asclétes d'origine cardiaque ou rénale (la pyocétanine bleue contre la).....	239
Asthme des foins et son traitement.....	35
Ataxie locomotrice (venin de l'héloderme dans l').....	9
Athrepsie (emploi du lait cru dans l'allaitement des nourrissons atteints d').....	237

B

Bacilles d'Eberth (collections sous-cutanées purulentes ou huileuses a) développées à la suite d'injections médicamenteuses au cours de la fièvre typhoïde.....	135
— (infection à) sans fièvre typhoïde, décelée par le sérodiagnostic de Widal, cholécystite.....	55
— (Un cas de cystite à).....	62
Bacille de Koch (action du sérum antituberculeux par la voie sanguine ou conjonctive sur l'infection par des cultures de).....	70
— (traitement de la tuberculose par des cultures filtrées de).....	212
Bacille de Lœffler (influence de la mucine sur le) et sur sa toxine.....	229
— dans le bulbe (présence du) dans un cas de paralysie diphtérique.....	55
Bacille de la tuberculose humaine (le) diffère-t-il du bacille de la tuberculose bovine.....	122
— action du suc gastrique sur les).....	229
Bacille dysentérique (du)....	288

Bacille fusiforme (accidents causés par le) et le spirille de Vincent.....	286	<i>Chloroforme</i> (le) et l'éther..	214
Bains de mer et des voyages en mer (indications et contre indications des).....	297	<i>Chlorure d'or</i> (le) dans le traitement des tuberculoses locales.....	470
<i>Benzoate de mercure</i> (syphilis cérébrale ignorée diagnostiquée par l'existence d'une leucoplasie linguale et guérie par les injections de)..	51	<i>Cholécystite</i> (infection à bacille d'Eberth, sans fièvre typhoïde, décelé par le séro-diagnostic de Widal).....	58
— (Sur une nouvelle formule de solution injectable de)	53	CLARKE. A dictionary of materia medica (art. bibl.).....	395
Biliaires (procédé des recherches des sels) par l'émulsion du chloroforme par les urines.....	457	<i>Cocaïne</i> (injections épidurales de) ou de sérum artificiel contre l'incontinence d'urine.....	150
Bilieuse hémoglobinurique (traitement de la fièvre) par la racine de cassia beareana	149	— (grande dilatation du) action dissociée de la digitale et rythme couplé....	377
<i>Bleu de méthylène</i> (angine de Vincent guérie en trois jours par des applications de).....	133	Cœur (de l'emploi de la ceinture cardiaque de Deschamps dans la dilatation hypertrophique du).....	50
Broncho-pneumonie grippale méningisme.....	344	Crachats tuberculeux (action de la lumière solaire et de la lumière diffuse sur les)	209
		Cystite (un cas de) à bacilles d'Eberth.....	62
C		D	
<i>Cacodylate de soude</i> (étude comparative entre le) et le méthylarsynate de soude	272	Diarrhée chronique (rheum dans la).....	206
Cacoïnomanie (un père) engendrent des enfants idiots	75	Diabète (le traitement du) et de l'albuminurie par la gélatine.....	464
<i>Caféins</i> (la) dans les douleurs nocturnes.....	207	<i>Digitale</i> (action dissociée de la) et rythme couplé.....	377
Cancer de l'ampoule de Vater.....	449	Diphthérie (le sérum antidiphthérique constitue-t-il un progrès dans le traitement de la).....	44
<i>Capsules surrénales</i> (emploi des) en thérapeutique.....	258	— putride.....	331
Carcinome (nouveau traitement de la tuberculose, de la néphrite chronique et du)	145	Diphthérique (le pouls lent post-).....	55
Cardiopathies artér. (traitement hydrominéral rénal des).....	405	— (Note sur un cas de paralysie) avec présence du bacille dans le bulbe.....	55
<i>Cassia beareana</i> (traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par la racine de).....	149	— (les agents pathogènes des accidents méta-).....	451
Ceinture cardiaque de Deschamps (de l'emploi de la) dans la dilatation hypertrophique du cœur.....	50	Diurétique (qu'est-ce qu'un).	401
Céphalées syphilitique et ponction lombaire.....	222	<i>Dormiol</i> (recherche clinique sur l'action hypnotique du)	392
<i>Cereus grandiflora</i>	326	Doses (des) infinitésimales..	346
		— infinitésimales (démonstration expérimentale de l'action des).....	4
		Dysentérique (du bacille)...	288

E		Heloderme (venin de l') dans	
ECALLE. — Des préparations		l'ataxie locomotrice.....	9
officinales d'aconit.....	152	Hématozoaire (le paludisme	
<i>Emetine</i> (note sur la locali-		et son).....	269
sation d'action de l') sur les		— (de la présence constante	
éléments anatomiques.....	231	d') dans le paludisme en	
Endocardite grippale (un cas		Algérie.....	70
d').....	219	Hémoglobinurie toxique à la	
Epileptogène (action) de ni-		suite d'ingestion d'anti-	
cotiana.....	295	pyrine.....	393
Epileptiques (opothérapie cé-		<i>Hepar sulfuris</i>	294
brale chez les).....	000	Hôpital Saint-Jacques (compte	
Estomac (ulcère simple de l')	32	rendu annuel).....	241
— (délimitation de l') par la		Hystérie (observation d') de	
simple inspection.....	467	cause traumatique.....	247
<i>Ether</i> (l') et le chloroforme.	214	Hystérique (anorexie).....	66
		— (de l'aliénation).....	337
F		I	
Fièvre nerveuse ayant simulé		Idiots (un père cocaïnoman	
la fièvre malarique.....	382	engendrant des enfants)... ..	75
G		Impuissance (de l') provoquée	
Gastro-entérite chronique		par l'abus du tabac.....	355
(emploi du lait cru dans		Insomnie (de l').....	233
l'allaitement des nourris-		Iuvagation intestinale chez	
sons atteints de).....	237	un enfant de 4 mois 1/2;	
<i>Gélatine</i> (le traitement du dia-		opération, guérison.....	219
bète et de l'albuminurie			
par la).....	464	J	
Goître aigu (la médication		Jaune (nature de l'agent pa-	
thyroïdienne du).....	64	thogène de la fièvre).....	461
— exophtalmique (un cas de)		Jousser (P.). — Démonstration	
chez un garçon de 4 ans 1/2		expérimentale de l'action	
avec la triade symptoma-		des doses infinitésimales..	5
tique (traitement thyroi-		— Ulcère simple de l'estomac.	9
dien).....	58	— Le sérum antidiphthéritique	
— (hypertrophie et dégéné-		constitue-t-il un progrès	
rescence d'une glande		dans le traitement de la	
thyroïde accessoire à la		diphthérie.....	44
suite de l'extirpation d'un)	240	— Revue de l'Académie de	
Goutte aiguë du pharynx 287,	381	médecine.....	48
Grippale (un cas d'endocar-		Clinique de l'hôpital Saint-	
dite).....	219	Jacques..... 81, 247.	331
— (broncho-pneumonie); mé-		— Le bacille de la tuberculose	
ningisme.....	344	humaine diffère-t-il du ba-	
Grippe anormale, forme mé-		cille de la tuberculose bo-	
ningitique.....	251	vine.....	122
— à forme pulmonaire (trois		— Alexines et sensibilisa-	
observations de).....	81	trices.....	126
Grossesse (traitement de la)		— Constitution de la théra-	
et de ses maladies.....	295	peutique.....	161
		— Tétanos communiqué par	
H		le sérum antidiphthéritique.	208
HAHNEMANN (147 ^e anniversaire		— Action de la lumière solaire	
de la naissance de).....	305	et de la lumière diffuse sur	
<i>Heloderma horridum</i>	96	les crachats tuberculeux... ..	209

— Traitement de la tuberculose par des cultures filtrées de bacilles de Koch.....	212	Lombricose (la) à forme typhoïde.....	73
— Le chloroforme et l'éther.....	214	Lupus de la jambe guéri par le permanganate de potasse. — (traitement du) par le permanganate de potasse.....	150 468
— Le paludisme et son hématozoaire.....	269	M	
— Traitement des tics.....	324	Maison Saint-Luc (compte rendu annuel).....	319
— <i>Cereus grandiflora</i>	326	Mélanodermies d'origine biliaire.....	444
— Des formes du purpura hémorrhagique.....	367	Méningisme (broncho-pneumonie grippale).....	344
— Qu'est-ce qu'un diurétique.....	401	Méningite aiguë (symptômes de); guérison par le traitement antisyphilitique.....	286
— Des formes cliniques de la pleurésie tuberculeuse.....	418	— cérébro-spinale épidermique (l'antipyrine contre la).....	466
— Les anophèles et le paludisme.....	421	— Guérison par le traitement antisyphilitique malgré l'absence d'antécédents et de stigmates syphilitiques.....	224
Joussier (Marc). — Revue de la Société médicale des hôpitaux.. 49, 130, 219, 275, 375	444	Méningitique (grippe anormale, forme).....	251
— Clinique médicale.....	205	Mercuré (le lactate de), son emploi dans le traitement de la syphilis.....	226
— Emploi de la glande surrénale en thérapeutique.....	258	— (syphilis cérébrale ignorée guéri par la benzoate de). — (sur une nouvelle formule de solution, injectable de benzoate de).....	51 53
— De l'impuissance provoquée par l'abus du tabac.....	355	Métylarsynate de soude (Etude comparative entre le cacodylate de soude et le).....	272
— A dictionary of materia medica (art. bibl.).....	395	Moelle épinière (Maladies organiques de la).....	9
— Apocynum cannabinum.....	396	Moelles rabiques (influence de la dessiccation et du séjour prolongé dans la glycérine sur les).....	68
— Traitement hydro-minéral rénal des cardiopathies artérielles.....	405	Morphine (le permanganate de potasse dans l'empoisonnement aigu par la)....	465
— La numération des leucocytes du sang comme moyen de diagnostic de la présence de pus et en particulier des suppurations pelviennes.....	439	Mucine (influence de la) sur le bacille de Lœffler et sur sa toxine.....	229
— Le Dr Richard Hughes....	472	Muscarine (action physiologique de l'agaricus et de la).....	141
K		N	
<i>Kali carbonica</i>	295	Naphtol (de l'action nocive sur l'œil de doses thérapeutiques de).....	236
Kruger. — Maladies organiques de la moelle épinière. Venin de l'Heloderme dans l'ataxie locomotrice.....	9		
— Asthme des foin et son traitement.....	35		
— Heloderma horridum.....	96		
L			
Lait cru (emploi du) dans l'allaitement des nourrissons atteints d'athrepsie ou de gastro-entérite chronique..	237		
Leucoplasie linguale (syphilis cérébrale ignorée, diagnostiquée par l'existence d'une) et guérie par les injections de benzoate de mercure...	51		

NASH. Regional leaders (art. bibl.).....	79	épanchements) à répétition par les injections gazeuses..	451
Néphrite chronique (nouveau traitement de la tuberculose, de la) et du carcinome	145	Pleurésie tuberculeuse (des formes cliniques de la)....	418
Névralgies viscérales et aortite syphilitique latente....	134	Pneumonie du sommet.....	343
Nicotiana (action épiléptogène de).....	295	Ponction lombaire et céphalée syphilitique	222
O		Pouls lent post-diphthéritique (le).....	34
Oeil (de l'action nocive sur l') de doses thérapeutiques de naphthol.....	236	Prostate (traitement radical de l'hypertrophie de la) par la prostatectomie périnéale complète.....	391
P		Psoriasis (traitement du) par le permanganate de potasse	468
Paludéenne (érythème scarlatiniforme intermittent d'origine).....	377	Puerpérale (Une faute dans le traitement de l'infection)..	462
Paludisme (le) et son hématozoaire	269	Purpura hemorrhagica (des formes du)	367
— (observation sur les anophèles et la transmission du)	291	Pus (la numération des leucocytes du sang comme moyen de diagnostic de la présence du)	439
— en Algérie (de la présence constante d'hématozoaires dans le).....	70	Pyocanine bleue (la) contre les ascites d'origine cardiaque ou rénale.....	239
— (les anophèles et le).....	421	Pyopneumothorax de nécessité.....	138
Paralyse des membres inférieurs chez un garçon de 8 ans causée par l'usage d'une trompette à embouchure de plomb.....	384	R	
— diphthéritique (note sur un cas de) avec présence du bacille dans le bulbe....	55	Rabiques (influence de la dessiccation et du séjour prolongé dans la glycérine sur les moelles).....	68
Pelade (de la).....	275	RENDU (mort du Dr).....	380
— (de la contagiosité de la).	275	Rheum dans la diarrhée chronique.....	206
Permanganate de potasse (lupus de la jambe guéri par le)	150	S	
— (traitement du lupus et du psoriasis par le).....	468	Sabal serrulata	426
— (le) dans l'empoisonnement aigu par la morphine..	465	Salicylate de méthyle (moyen de masquer l'odeur du)...	391
Pharynx (goutte aiguë du)	287, 381	Saturnine (intoxication grave chez les ouvriers travaillant à la fabrication des accumulateurs électriques....	130
Phimosi (emploi du galvanocautère pour l'opération du)	148	— (paralyse) des membres inférieurs.....	384
PICARD. Revue de la presse allemande. 71, 141, 233, 301, 385	462	Saturnisme par les robinets à clé.....	76
— Keynotes of leading remedies of the materia medica (art. bibl.)	77	Scarlatiniforme (érythème) intermittent d'origine paludéenne.....	377
— Regional Leaders (art. bibl.)	79		
Pleuraux (traitement des			

Scorbut infantile (un nouveau cas de).....	284		
Sérum antidiphthéritique (angine blanche non diphthéritique et).....	205		
— antidiphthéritique (le) constitue-t-il un progrès dans la thérapeutique de la diphthérie.....	44		
— antidiphthéritique (tétanos communiqué par le).....	208		
— antituberculeux (action du par la voie sanguine ou conjonctive sur l'infection par des cultures de bacille de Koch).....	70		
— normaux (sur les substances toxiques des).....	458		
SIEFFERT — Apocynum cannabinum.....	111		
— Des doses infinitésimales..	346		
— Sabal serrulata.....	426		
Société de biologie (revue de la) V. Wagner			
Société médicale des hôpitaux (revue de la). V. Jousset, Marc)			
<i>Solanum lycopersicum</i>	303		
Sommeil (troubles du).....	71		
— (étiologie et pathogénie de la maladie du).....	460		
Spirille de Vincent (accidents causés par le bacille fusiforme et le).....	286		
Sublimé (les brûlures du larynx par le).....	469		
Suppuration (médicaments de la).....	388		
Syphilis (le lactate de mercure, son emploi dans le traitement de la).....	226		
— cérébrale (syphilis ignorée) diagnostiquée par l'existence d'une leucoplasie linguale et guérie par les injections du benzoate de mercure.....	51		
Syphilitique (aortite) latente et névralgies viscérales.....	134		
(céphalée) et ponction lombaire.....	222		
— (méningite aigue, guérison par le traitement antisyphilitique malgré l'absence d'antécédents et de stigmat).....	224		
		T	
		<i>Tabac</i> (de l'impuissance provoquée par l'abus du).....	355
		TASSIER. — Des préparations officinales d'aconit (art. bibl.).....	152
		Tétanos communiqué par sérum antidiphthéritique... (nouveau cas de) traité par les injections d'acide phénique disparition des contractures. Pneumonie secondaire; mort..	208 64
		Thérapeutique (constitution de la).....	161
		Thyroïde accessoire (hypertrophie et dégénérescence d'une glande) à la suite de l'extirpation d'un goitre...	240
		Thyroidien (traitement) dans un cas de goitre exophtalmique chez un enfant de 4 ans 1/2.....	58
		Thyroidienne (la médication) du goitre aigu.....	64
		Tics (traitement des).....	321
		Toxones (les) de la tuberculose.....	67 227
		Tuberculeux (action de la lumière solaire et de la lumière diffuse sur les crachats).....	209
		Tuberculose (nouveau traitement de la), de la néphrite chronique et du carcinome.	145
		Tuberculoses locales (le chlorure d'ordans le traitement des).....	470
		— (prophylaxie et thérapeutique de la) fondée sur la connaissance du terrain de cette affection.....	48
		— (traitement de la) par des cultures filtrées de bacilles de Koch.....	212 227
		— (les toxones de la).....	67
		— (action du suc gastrique sur les bacilles de la).....	229
		— humaine (le bacille de la) diffère-t-il du bacille de la tuberculose bovine.....	122
		Typhoïde (collections sous cutanées purulentes ou hulleuses à bacilles d'Eberth,	

développées à la suite d'injections médicamenteuses au cours de la fièvre).	135	rales de cocaïne ou de sérum artificiel contre l'incontinence d').....	150
— (sur un cas de fièvre) avec phénomènes méningés. Ponction lombaire.	223		
— (fièvre) à symptômes spéciaux.....	375	V	
Typhoïdiques (influence des bains chauds, des bains froids et des boissons abondantes sur l'élimination des toxines par les urines des).....	289	WAGNER — Revue de la Société de Biologie 67-227.	288
		Valériane (contribution à l'étude physiologique de la)..	230
		WANKENNE — Revue de la presse de langue anglaise.	294
		Veine cave supérieure (rétrécissement de la).....	220
		— superficielles des membres (phlébosclérose des)..	449
		Viscum album (pathogénésie de).....	301
U			
Ulcère simple de l'estomac...	32		
Urine (lés injections épidu-			

Vient de paraître

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris.

CONSTITUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE

PAR M. LE D^r P. JOUSSET

Un vol. in-8°. — Prix 2 fr.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE

ANATOMIE

PHYSIOLOGIE

HYGIÈNE

NOSOGRAPHIE

ÉTIOLOGIE

SÉMÉIOTIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-HUITIÈME ANNÉE

TOME XCV

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL

241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1902

L'ART MEDICAL

JUILLET 1902

THÉRAPEUTIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTION ET LE MODE D'ADMINISTRATION DE LA DIGITALE

M. le D^r Huchard vient de publier sous ce titre un article (1) très intéressant que nous allons reproduire en y ajoutant, chemin faisant, nos réflexions, que nous mettrons entre crochets.

M. J.

S'il est vrai que la thérapeutique tout entière puisse être remplie dans ses indications non seulement générales, mais encore particulières par vingt médicaments (et je me propose de démontrer la chose l'an prochain), s'il est vrai que vingt médicaments suffisent au médecin pour exercer toutes les actions thérapeutiques nécessaires, la digitale est le premier de ceux-là. Il est le premier, il est encore l'unique. Nul ne le remplace. On a parlé de succédanés. Il n'y en a pas. La digitale accomplit son

(1) *Journal des praticiens* 24 mai.

rôle pleinement, sûrement, sans défaillances ; les succédanés qu'on lui a opposés n'exercent que des actions incertaines et timides. Le seul médicament cardiaque est la digitale.

[Le meilleur et le plus souvent actif, soit, mais le seul, c'est une opinion exagérée. M. Huchard, lui-même, ne préconise-t-il pas la théobromine, dont l'action durétique est merveilleuse après l'administration de la digitale. Le convallaria maialis m'a personnellement donné des résultats très remarquables et pendant plusieurs mois de suite chez une jeune malade asystolique, qui ne supportait la digitale à aucune dose et sous aucune forme.

M. Huchard n'a-t-il pas, à notre suite, employé la glonoïne, le cactus, l'apocynum cannabinum, le cratægus, etc. Ces médicaments ne remplacent certainement pas la digitale. Ils peuvent agir cependant quelquefois lorsque l'action de celle-ci est usée et ils ont des effets avantageux dans des cas où la digitale ne pourrait être appliquée].

Il a été employé pour la première fois au xvi^e siècle, en 1565, mais, fait curieux, si une erreur dans la direction n'était pas au début de tous les efforts humains, la digitale n'a pas tout d'abord été employée dans les affections cardiaques où elle réussit à coup sûr ; aux maladies du cœur on opposait en ce temps un médicament inerte, ce semble, la buglosse ; et c'est contre la phtisie et la scrofule qu'on dirigeait la digitale. Au début du siècle dernier, la conviction n'était pas encore assise. Corvisart n'estimait pas la digitale supérieure aux autres diurétiques.

Toutefois Withering avait à ce moment déjà donné la

note juste. La digitale, disait-il, guérit les hydropisies non enkystées, et c'était vrai.

Comment elle agit, voilà une question sur laquelle on a combattu copieusement. Les uns après expériences ont répondu par la physiologie des animaux, les autres par la physiologie humaine. Lesquels croire ? Aucun des deux exclusivement, et tous les deux à la fois : les résultats des uns devant être éclairés et vérifiés par les résultats des autres.

Tour à tour on a dit que la digitale agissait sur le cœur droit (G. Sée), le cœur gauche (Openchowski), sur le pneumogastrique, le myocarde, les ganglions cardiaques, ces ganglions qu'on connaît si mal, sur les artères et la contractilité de celles-ci. Voilà bien des opinions. Un expérimentateur est venu qui les a conciliées toutes. M. Frank a démontré que la digitale agit sur tout le système circulatoire : cœur droit ou gauche, pneumogastrique, myocarde, vaisseaux, aucune des parties constituant de l'appareil circulatoire n'échappant à son action.

[Si, au point de vue scientifique pur, on peut avoir intérêt à chercher quel est le mode d'action de la digitale, au point de vue pratique, que peut nous faire la manière dont elle agit ? A quoi peuvent nous servir toutes les hypothèses physiologiques qui ont été faites successivement et qui ont été successivement démolies par des expériences nouvelles ? L'intérêt du malade est que le médecin sache exactement dans quel cas il doit donner la digitale, à quelle dose et sous quelle forme].

Cliniquement, on peut lui accorder une double action : 1° une action cardiaque ; 2° diurétique.

1° L'action cardiaque est double : elle allonge d'abord la période diastolique. C'est là une action de premier ordre et insuffisamment utilisée en thérapeutique. On interdit par exemple, la digitale dans le rétrécissement mitral, sous prétexte qu'elle augmente le travail du cœur. Rien de plus faux. La digitale n'augmente pas le travail du cœur, et si cela était, je ne m'en servirais que très rarement dans le cours des cardiopathies. Elle facilite au contraire ce travail, et cela moyennant cette action d'allongement sur la diastole. Que faut-il au rétrécissement mitral ? Le temps au ventricule de se remplir ; en allongeant la période diastolique, la digitale permet à cette réplétion de s'opérer, et combat ainsi les fâcheux effets du rétrécissement qui retardait cette réplétion. Donnez dans le rétrécissement mitral, à n'importe quelle période, dès le début et toutes les trois semaines, trois jours de suite, 1/4 de milligramme de digitale cristallisée. Vos malades iront mieux et leur oppression sera diminuée dans de fortes proportions.

La seconde action de la digitale sur le cœur est l'action sur la systole. Celle-ci est renforcée ; en sorte qu'après avoir favorisé par l'allongement de la diastole la réplétion du cœur, la digitale, grâce à ses effets sur la systole, favorise maintenant son évacuation ou sa déplétion.

2° Outre l'effet sur le cœur, nous avons l'effet diurétique. Il n'est pas moins merveilleux ; bien que des discussions sans nombre aient encore été soulevées à ce propos, il est heureux que le remède ne se soit pas ému de toutes ces querelles de savants. Il lui importe peu que Vulpian attribue sa vertu diurétique à une action sur l'épithélium rénal ; que d'après d'autres auteurs il augmente la tension artérielle et que c'est cette exagération

dans la tension qui produit la diurèse, cette explication n'avance guère les choses. L'ergot de seigle est vaso-constricteur ; il n'est pas diurétique.

L'action diurétique de la digitale provient d'une action vasculaire, mais cette action n'est pas une vaso-contraction simple, c'est une *vaso-contraction suivie d'une vaso-dilatation*. Lauder Brunton injecte de la digitale à un chien ; une vaso-contraction de tout le système vasculaire fait suite, les artères rénales se rétrécissent ; la diurèse diminue, parfois même des traces d'albumine sont retrouvées dans les urines.

Puis une seconde phrase apparaît : à la vaso-contraction succède la vaso-dilatation, l'élargissement de toutes les artères et des artères rénales. La diurèse s'établit, sans toutefois être très marquée, dans les cas où l'œdème fait défaut.

Chez les cardiaques infiltrés, cette diurèse est extraordinairement abondante. En serrant leurs vaisseaux, la digitale dans la première partie de son action (vaso-contraction) avait comme fermé l'écluse. Survient la seconde partie de son action (vaso-dilatation). L'écluse s'ouvre ; c'est une inondation, une débâcle, un bouillonnement de liquide qui se presse et fait irruption à travers la voie rénale. Voilà ce qui explique pourquoi par la digitale on obtient une sorte de *diurèse en débâcle*, bien différente de la diurèse progressive et continue de la théobromine.

Toutefois, sur cette action diurétique de la digitale une explication est à fournir. La digitale ne fait uriner avec cette abondance que lorsqu'il existe un œdème et une infiltration concomitants.

C'est parce qu'il y a œdème qu'elle fait uriner. L'action

diurétique est surtout consécutive à la résorption des épanchements.

Une analyse chimique très simple va vous le prouver tout de suite.

Le taux urinaires des chlorures est d'environ 10 à 12 gr. par jour. Mettez un malade au régime lacté, son chiffre des chlorures tombe à 4 grammes ; il ne descend guère au-dessous de ce chiffre et c'est bien heureux ; une forte diminution des chlorures est en effet d'un pronostic très fâcheux ; un malade qui ne rend plus que 0, 40 à 0, 50 de chlorures ne se remettra pas. Sa mort est proche, comme je l'ai démontré naguère.

Or, donnez de la digitale à un cardiaque en possession d'œdème ; du coup, le liquide urinaire contient 20, 30 gr. et même plus, de chlorures. D'où viendrait ce chiffre énorme, sinon du liquide des épanchements ?

La digitale résout donc les épanchements et elle y arrive en vertu d'une loi physique très simple. Dans ses travaux sur l'osmose Dutrochet a démontré en 1826 qu'une augmentation de vitesse d'un liquide circulant à travers des tubes poreux se traduit par une activité accrue dans les phénomènes d'exosmose et d'endosmose. La digitale n'agit pas autrement : en renforçant la systole, elle accroît la vitesse du courant sanguin, active les phénomènes de résorption endosmotique au niveau des vaisseaux. Donc, elle ne résout pas les épanchements parce qu'elle est diurétique ; elle *devient* diurétique parce qu'elle les résout et qu'elle fait rentrer dans la circulation générale le liquide des hydropisies cardiaques. Rappelez-vous toujours que ces propriétés diurétiques ne s'exercent pas sur d'autres hydropisies, comme vous allez le comprendre.

Voici un malade atteint de foie cardiaque à son début

et d'ascite. Régime lacté et digitale font disparaître l'enflure. Celle-ci reparait au bout de quelques mois. Vous instituez le même régime ; insuccès complet. C'est vite fait de s'en prendre alors au myocarde. On dit : le myocarde trop atteint ne réagit plus à la digitale. Cette affirmation est une nouvelle erreur. Quoi de plus profondément atteint dans sa structure qu'un cœur scléreux ? Or, ce sont ces cœurs tout envahis par la prolifération du tissu fibreux qui répondent le mieux à l'action digitalique.

Notre malade n'a pas désenflé la seconde fois, non parce que son cœur est trop malade, mais parce que son hydropisie a changé de caractère. Au début, elle n'était que de nature congestive et d'origine cardiaque. Aujourd'hui ce foie congestionné a franchi une étape de plus dans la voie de désorganisation. Il est devenu scléreux, et l'ascite, autrefois d'origine cardiaque, est sous la dépendance de l'état hépatique. Contre l'élément scléreux, la digitale est impuissante. Elle pouvait agir quand elle tenait pour ainsi dire la congestion du foie dans sa main. Mais la sclérose du foie lui échappe. C'est elle qui commande l'hydropisie, laquelle de ce fait, étant dépendante seulement du foie, s'est transformée en une de ces hydropisies enkystées dont parle Withering et contre lesquelles la digitale est impuissante.

Un dernier mot sur cette double action cardiaque et diurétique de la digitale.

Au début de l'administration du remède, c'est l'action diurétique qui domine la scène, elle commence au bout de 8 à 10 heures ; plus tard, au contraire, et les épanchements s'étant résorbés, c'est l'action cardiaque qui prédomine. Attention à ce moment-là ! N'allons pas con-

tinuer à exercer cette action cardiaque inconsidérément; des accidents toxiques seraient à redouter.

La digitale est un remède, le plus grand de tous. Mais il faut savoir s'en servir.

Tout d'abord n'ordonnons pas la digitale elle-même. Elle est d'action variable, en tant que plante soumise aux influences climatiques. De même que nous avons des années de bon et de mauvais vin, nous avons des années de bonne et de mauvaise digitale. Prescrivons donc un remède défini, constant, toujours efficace.

[Nous différons sur ce point avec notre maître le docteur Huchard. Nous savons, comme lui, et nous avons donné sur son conseil, la digitaline cristallisée à doses fortes dans l'asystolie avec plein succès. Témoin une malade que nous avons vue avec lui au moment de la première épidémie de grippe; cette dame, atteinte de cardiopathie artérielle, était dans une crise d'asystolie, avec œdème généralisé; des doses de poudre de feuilles de digitale, un peu timides, il est vrai, n'avaient donné aucun résultat et la malade urinait à peine 200 à 250 centimètres cubes par jour. Le D^r Huchard nous conseille de donner, en un jour, en deux doses, 60 gouttes de digitaline cristallisée au 1000^e. Le lendemain nous avons plus d'un litre d'urine, les jours suivants, 4, 5 et 6 litres d'urine. Il n'en est pas toujours ainsi; certains malades supportent mal la digitaline ou bien celle-ci ne produit chez eux que des résultats incomplets. Nous sommes bien trouvés dans ces cas de donner la poudre de feuilles de digitale, administrée de la manière suivante :

Nous prescrivons trois paquets de 50 centigrammes chaque de poudre de feuilles de digitale fraîchement pul-

vérisée et mondée ; on met le soir un paquet dans une tasse à thé d'eau bouillante, on recouvre d'une soucoupe, on laisse macérer jusqu'au lendemain matin et l'on fait boire en trois fois dans la journée en ayant soin de faire absorber au malade le tout, liquide et poudre mélangés ; on administre cette dose trois jours de suite de la même manière et les résultats nous ont paru très souvent plus favorables que ceux de la digitaline. Les malades acceptent en général assez facilement le médicament ainsi préparé et on observe rarement des nausées et des vomissements.

Ce mode de préparation, dû je crois à Hirtz, de Nancy, m'a été conseillé par mon ancien maître Duguet, chez un malade à qui la digitaline ne faisait presque rien. Il y a là tout à la fois une infusion et une macération de feuilles de digitale.

Ajoutons que M. Huchard recommande la solution de digitaline de Nativelle et que nous nous servons ordinairement de celle de Petit-Myalhe, qui est au même titre].

Le meilleur est la digitaline cristallisée de Nativelle. Les Allemands préfèrent la digitoxine, je m'en tiens à la digitaline que je connais et qui est un produit mieux défini.

Il y a trois manières de prescrire la digitaline :

1° *La dose massive.* — C'est la dose antiasystolique et diurétique,

On ordonne 50 gouttes (1 milligr.) de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000. Le résultat de la médication tient du miracle ; en quarante-huit heures, des mourants sont ramenés à une santé en apparence parfaite. L'action du remède aura été préparée par la prescription

d'un régime nécessaire : le séjour au lit, l'administration d'un purgatif préalable et le régime lacté auront permis à la digitale de donner tous ses effets.

2° *La dose faible.* — C'est la dose sédative, celle qui combat les palpitations. On donne 5 à 10 gouttes de la solution alcoolique à 1/1000 cinq jours de suite, et on recommence toutes les trois semaines. Cette dose est très utile dans le rétrécissement mitral, par l'allongement qu'elle donne à la période diastolique.

3° *La dose très faible (dose d'entretien cardiotonique.)* — Ce sont de très faibles doses qu'on peut prolonger trois à quatre semaines sans inconvénient, dans les cas d'asthénie cardiaque, et faiblesse systolique qui ne sont pas encore de l'hyposystolie, mais y touchent.

Ainsi on prescrira :

Eau distillée.....	300 grammes
Solution de digitaline cristallisée	50 gouttes
au 1/1 000.....	(ou seulement 20 à 30 gouttes.)
1 cuillerée à dessert 2 à 3 fois par jour.	

Lorsque cette dernière dose est prise en dix jours à raison de 50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000, il en résulte que le malade ne prend qu'un dixième de milligr. du médicament par jour, et lorsque la même solution ne renferme que 25 ou 30 gouttes, la dose est abaissée à un vingtième de milligr. par jour. On pourra s'étonner de cette posologie nouvelle avec des quantités si minimes de digitaline, alors qu'au contraire j'insiste sur la dose massive pour combattre l'hyposystolie ou l'asystolie. Je m'étonne, au contraire, qu'on n'y ait pas pensé plus tôt pour des raisons que je dirai dans quelques instants.

Quoique je sois loin encore de partager les opinions et la doctrine de P. Jousset, j'estime qu'il s'est exprimé très judicieusement dans les passages suivants : « Nous plaçons sur un plan secondaire ce qu'on appelle aujourd'hui l'*action physiologique* du médicament, et nous trouvons presque inutiles les actions *hypertoxiques* qui tuent l'animal en quelques minutes. Quand, par exemple, nous étudions l'action de la digitale sur le cœur, nous plaçons en première ligne l'étude aussi exacte que possible de la dépression cardiaque et de l'asystolie, produites par les fortes doses et, d'autre part, la surexcitation des contractions cardiaques produites par les doses faibles. Nous serions sans doute heureux de savoir si l'action de la digitale se localise sur le pneumogastrique, sur les ganglions intracardiaques ou sur les fibres mêmes du cœur, ce qu'on appelle l'action physiologique ; mais nous ne nous préoccupons pas, outre mesure, de la supériorité des théories qui se disputent l'explication de ces faits. De même, les expériences de Franck, qui tue un chien en deux minutes avec la digitaline, nous semblent dénuées de toute utilité thérapeutique. »

Tout cela est parfaitement exact, et je ne vois à substituer au sujet des propriétés des doses faibles que les mots « action cardio-tonique » à ceux de « surexcitation des contractions cardiaques ». Nous avons tort de ne pas voir, comme le disait autrefois Pécholier (de Montpellier), et comme j'aime à le répéter, que « dans un médicament, il y a plusieurs médicaments », ce qui veut dire qu'en variant les doses et le mode d'administration des remèdes actifs, nous produisons et pouvons toujours produire des effets différents. A dose massive (un milligramme de digitaline cristallisée en une ou deux fois

pendant un seul jour), et lorsque le malade est en état d'asystolie, la digitale agit, non seulement sur le cœur, mais aussi et surtout sur le rein. A doses faibles et répétées (un quart de milligramme de digitaline tous les jours pendant quatre jours), le médicament agit comme sédatif du cœur. Les doses très faibles et continuées pendant dix à quinze jours (un dixième de milligramme tous les jours) sont des doses *d'entretien cardio-tonique* que l'on utilisera, sans aucun danger, dans tous les cas où il est nécessaire de donner au myocarde une force suffisante de réserve.

A ce dernier point de vue, je répète qu'il faut savoir transformer en qualités les différents défauts que l'on reconnaît à la digitale, et j'estime que la lenteur d'action, que le pouvoir d'accumulation de la digitale, doivent être utilisés en thérapeutique. C'est en vertu de ces deux grandes qualités (et non défauts) que ce dixième de milligramme pris régulièrement tous les jours fera sentir ses effets sur la contractilité du myocarde, environ au bout d'une semaine. Puisque ce médicament met huit à quinze jours pour s'éliminer, puisqu'il fait sentir encore son action parfois après trois et même quatre semaines, ces dixièmes de milligramme s'ajoutant les uns aux autres finiront par maintenir, en la tonifiant, la contractilité myocardique. Et c'est ainsi que cette médication (un milligramme, ou plutôt un demi-milligramme, ou même un quart de milligramme de digitaline) pris à doses réfractées pendant dix jours par mois (et cela durant trois mois par exemple), devient une médication *préventive* de l'hyposystolie quand elle s'adresse à un cœur déjà un peu affaibli dans sa contractilité par le fait d'une lésion valvulaire ou d'une myocardite scléreuse. Après trois mois de ce traitement (dix jours par mois, trois cuillerées à

dessert d'une potion de 300 grammes d'eau pour 25 à 30 gouttes de la solution de digitaline au millième), on cesse pendant un mois ou deux pour reprendre ensuite pendant trois mois.

Ce mode d'administration n'est sans doute pas applicable pour tous les médicaments ; il l'est pour tous les médicaments doués des deux *qualités* suivantes : lenteur d'action, pouvoir d'accumulation des doses. On voit par là combien je diffère d'opinion avec la plupart des auteurs qui ne pensent qu'aux dangers inhérents à ces deux importantes propriétés. J'estime, au contraire, qu'elles doivent être utilisées en thérapeutique, et qu'ainsi elles peuvent rendre des services inappréciables. Rappelez-vous toujours que *médication* et *médicament* ne sont pas des termes synonymes. Ce qui le prouve encore une fois, c'est qu'avec un seul et même médicament, vous pouvez instituer, suivant les doses et le mode d'administration, trois médications différentes : 1° une action cardio-diurétique avec une forte dose ; 2° une action sédatrice sur le cœur avec des doses faibles ; 3° une action cardio-tonique avec des doses très faibles, mais toujours pondérables.

Un autre exemple va vous faire bien comprendre cette distinction. Vous savez que la théobromine produit l'augmentation de la diurèse d'une façon presque certaine. Pendant plusieurs mois elle n'avait pas manqué son effet chez un de nos malades, quand tout à coup le même médicament resta sans efficacité, même avec l'association du régime lacté et des boissons prises en abondance. C'est alors qu'examinant complètement le malade, nous avons compris que cette résistance aux agents diurétiques (théobromine, lait, eau prise en grande quantité) était due à l'existence très probable de la thrombose cardiaque par

dilatation cardiaque. L'indication se posait alors de supprimer, ou d'atténuer tout au moins cette sorte de barrage circulatoire central qui s'opposait ainsi à l'action médicamenteuse, et nous avons prescrit une large saignée de 400 grammes. Dès ce jour, la diurèse reprit son cours, comme les médicaments reprirent leur efficacité première. Ici, qu'avons-nous fait? Nous ne nous sommes pas contenté de prescrire des médicaments diurétiques, nous avons institué la *médication* diurétique. Connaître les drogues, c'est bien; savoir les appliquer et leur donner le maximum d'action, c'est mieux encore. Et l'on n'arrive à ce résultat qu'en étudiant le médicament et le malade. C'est l'union indissoluble de la clinique et de la thérapeutique que je proclame et démontre encore, union qui doit être toujours cimentée par la physiologie de l'état morbide et de l'agent médicamenteux.

Vous voyez bien, comme je ne cesserai jamais de le redire, que la thérapeutique, avant d'être appliquée, a besoin d'être toujours expliquée. D'autre part, les médicaments; sont des outils dont il faut savoir se servir, et en thérapeutique il faut se convaincre de cette vérité : Tant vaut l'ouvrier, tant vaut l'outil.

D^r HUCHARD.

TOXICOLOGIE

INTOXICATION BELLADONÉE GRAVE CHEZ UN ENFANT DE SEPT ANS ET DEMI, A LA SUITE DE FRICTIONS PROLONGÉES AVEC DU BAUME (DU PÈRE) TRANQUILLE, par MM. les D^r G. VARIOT et DUFESTEL.

Le baume Tranquille est une préparation pharmaceutique anodine, très fréquemment employée en frictions ou en applications sur la peau pour calmer les douleurs plus ou moins profondes. Cette huile médicamenteuse est considérée comme peu active en général, et l'on n'hésite guère à la manier largement, aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

L'observation clinique suivante démontre que, dans certaines circonstances, le baume Tranquille appliqué sur la peau peut devenir très toxique; ce sont ces circonstances que nous nous efforcerons de préciser, car elles doivent être présentes à l'esprit du médecin qui prescrit les préparations belladonnées, s'il veut éviter des accidents semblables à ceux que nous allons rapporter.

Il s'agit d'un garçon de 7 ans 1/2, sujet de temps à autre à des embarras gastro-intestinaux, car il est grand mangeur de viande: ces troubles peu graves cèdent à des purgatifs et à un régime alimentaire un peu sévère.

A la fin du mois de septembre 1901, dans le cours d'un de ces embarras gastro-intestinaux, l'enfant est pris de douleurs très vives avec gonflement dans les principales

articulations des membres. Le caractère aigu et la migration des arthropathies ne pouvaient correspondre qu'à une attaque de rhumatisme articulaire. On prescrivit pendant plusieurs jours en potion 2 grammes de salicylate de soude et une pommade à l'acide salicylique (3 gr. p. 60) pour faire des onctions sur les jointures douloureuses.

Le 2 octobre, l'état général de l'enfant est satisfaisant, les douleurs articulaires étaient moins intenses, mais persistaient encore : l'enfant ne voulait plus supporter les applications de pommade à l'acide salicylique, qui le piquait, disait-il ; en effet, l'épiderme semblait légèrement excorié en quelques places au niveau des genoux.

C'est alors qu'on se décida à recourir au baume Tranquille, pour remplacer la pommade qui n'était plus supportée. On prescrivit 60 grammes de ce baume, en recommandant à la mère de s'en servir pour frictionner doucement les articulations douloureuses.

Dans la journée, l'enfant, qui était très gâté, se plaignit de souffrir beaucoup, et ne voulut pas que sa mère le quittât ; elle dut céder à son caprice et passa la journée à le frictionner sur les jointures et sur le ventre avec le baume Tranquille ; elle usa ainsi tout le premier flacon de 60 grammes et retourna chez le pharmacien chercher un autre flacon sur lequel 25 grammes furent aussi employés jusqu'au soir du 3 octobre. A ce moment, l'enfant se plaignit de ne plus voir clair, devint inquiet, agité, et ne cessait de répéter qu'il ne voyait plus clair. M. Dufestel constata que les pupilles étaient largement dilatées ; le poulx, d'ailleurs, était régulier et la température normale.

Le lendemain 4 octobre, après une nuit très agitée, on retrouve l'enfant avec une dilatation pupillaire énorme ; et en interrogeant la mère, en apprenant l'abus qu'elle a

fait du baume Tranquille, on songe à l'empoisonnement par la belladone.

A 9 heures du matin, après un mouvement de colère, l'enfant est pris d'une grande crise de convulsions, et perd connaissance.

M. Dufestel trouve le petit malade inconscient, les membres secoués par des convulsions cloniques ; le poulx est petit, la respiration irrégulière et stertoreuse ; les mâchoires sont serrées au point qu'il est impossible de faire absorber une cuillerée de potion. Les pupilles restent toujours très dilatées, le front et la face sont couverts de sueur.

Ne doutant plus alors d'un empoisonnement par la belladone, M. Dufestel injecte immédiatement sous la peau 3 centimètres cubes de la solution suivante :

Eau distillée.	10 c. c.
Nitrate de pilocapine	0 gr. 10

En même temps il prescrit une potion contenant 3 gr. de teinture de jaborandi, et des inhalations d'oxygène. Il fait faire de la révulsion sinapisée sur les membres inférieurs, et recommande de donner du lait et du café en boisson.

Après une demi-heure, les phénomènes convulsifs s'apaisent ; mais toute la journée le malade reste prostré.

Le 5 au matin, nous vîmes l'enfant en consultation. L'état reste très grave : l'enfant est tout à fait inconscient, pousse des cris automatiques, appelle sa mère dix fois de suite ; les pupilles sont extrêmement dilatées, l'iris est tout à fait rétracté vers son grand cercle ; la vue paraît perdue et l'expression du visage est hagarde ; il y a de la raideur musculaire, surtout aux membres inférieurs et à

la nuque ; ce n'est pas sans peine qu'on parvient à asseoir l'enfant pour l'ausculter.

A ce moment le tableau clinique est des plus alarmants ; cependant le pouls et la respiration étant réguliers, la température restant normale, nous sommes d'accord pour admettre une intoxication belladonnée grave ; le pronostic nous paraît alors incertain, vu l'extrême intensité des accidents. Nous prescrivîmes la continuation de la potion au jaborandi et des injections hypodermiques de caféine.

Le 6, l'état s'améliore légèrement ; l'enfant paraît reconnaître sa mère et boit un peu plus facilement ; l'agitation est toujours très grande.

Le 7, la température varie entre 36°8 et 37° : le malade paraît reprendre un peu connaissance ; il tire la langue lorsqu'on le lui demande avec insistance. — Il y a quelques stries sanguinolentes dans les selles ; pas d'albuminurie dans les urines.

Le 8, les selles sont toujours sanguinolentes. La faiblesse est extrême, l'enfant peut à peine soulever la tête ; la dilatation pupillaire commence à diminuer. — On note, ce même jour, une éruption de prurigo sur la peau du bras gauche. L'enfant reconnaît les personnes, et parle assez distinctement.

Le 9, l'éruption du bras se généralise sur les bras et s'accompagne de démangeaisons. L'enfant s'assied seul sur son lit, mais il accuse des douleurs tantôt dans la tête, dans les jambes ou dans le ventre ; ces douleurs sont fort vives, car il pousse des cris prolongés : « Oh ! ma tête ! Oh ! mes jambes ! » — Malgré cette aggravation des douleurs et la faiblesse générale l'enfant continue de prendre un litre de lait chaque jour.

Le 14 et le 15, on pratiqua deux injections de sérum artificiel de 300 centigr. chacune, relevèrent que très rapidement les forces. Dès lors les troubles morbides ne cessèrent de s'améliorer. Néanmoins l'enfant conserva dans les jambes une véritable paralysie motrice ; la sensibilité était conservée. Les fonctions digestives reprirent leur activité ; mais il fallut provoquer les selles par des lavements.

Ce n'est que le 25 que l'enfant put soulever le talon au-dessus du lit ; jusque-là ses jambes étaient presque inertes.

Le 18 novembre, on tenta de faire quitter le lit à l'enfant, mais, dès qu'il avait les pieds par terre, ses jambes fléchissaient. Il fallut, pour lui faire prendre l'air, le promener pendant quelque temps dans une petite voiture. Vers le 20 novembre, il fit ses premiers pas dans la chambre, mais la force dans les jambes ne revint que très lentement.

Le 20 décembre, l'enfant peut être considéré comme rétabli ; sa force musculaire dans les membres est à peu près normale, de même que son intelligence et sa mémoire.

Après cet exposé, il est impossible de douter qu'il ne s'agisse d'une intoxication belladonnée, et comme l'enfant n'a pris aucune préparation belladonnée à l'intérieur, il faut bien attribuer au baume Tranquille l'origine des accidents.

Nous avons remis à M. le professeur Gabriel Pouchet le reste du deuxième flacon, sur lequel la mère de l'enfant avait prélevé 25 grammes. Après analyse dans son laboratoire, M. Pouchet nous a déclaré que la teneur de ce baume en belladone était faible, et n'excédait pas les prescriptions du Codex.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici la composition du baume du Père cordelier Tranquille », dit com-

munément « Baume Tranquille », relevée dans le Codex.

On fait macérer d'abord dans l'eau :

Feuilles fraîches de :

Belladone	}	àà 200 grammes.
Nicotiane		
Jusquiame		

Sommités sèches de :

Absinthe	}	àà 50 grammes.
Marjolaine		
Millepertuis		
Thym		
Hysope		
Menthe		

Feuilles sèches :

Rue	}	àà 50 grammes.
Romarin		
Balsamite		
Sauge		

Fleurs sèches de :

Sureau	}	àà 50 grammes.
Lavande		

Le tout est jeté dans 5.000 grammes d'olives, chauffé, puis décanté.

Dans ce produit un peu suranné de la pharmacopée, la belladone est évidemment la substance active, et elle n'y est incorporée qu'en quantité assez faible comme on le voit.

Comment expliquer l'intoxication bien exceptionnelle chez l'enfant dont nous avons décrit les symptômes ? Faut-il admettre une idiosyncrasie, une susceptibilité étrange de l'enfant pour la belladone ? Cette hypothèse est évidemment plausible, mais elle serait plus probable pour un

adulte que pour un enfant. Nous connaissons bien la grande tolérance habituelle du jeune âge pour les préparations belladonnées. Il est plus vraisemblable de faire intervenir comme cause efficiente de cette intoxication : 1° l'irritation préalable de la peau et l'excoriation de l'épiderme par application de la pommade à l'acide salicylique avant l'emploi du baume Tranquille; 2° les frictions énergiques et très prolongées de la mère qui ont décapé l'épiderme de l'enfant sur une large surface, et favorisé la pénétration de la substance toxique dans le derme.

Telle est l'opinion de M. Pouchet avec lequel nous nous entretenions de ce cas. Cette opinion est aussi celle des médecins anglais qui pensent que l'intoxication à la suite d'application d'emplâtres belladonnés un peu étendus ne peut se produire que si l'épiderme a été préalablement altéré, ramolli, etc. Dans le numéro du 16 octobre 1901 de la *Lancette*, on rapporte le cas d'une jeune fille qui fut atteinte d'un rhumatisme musculaire de la région lombaire après une chasse aux canards dans les marais. Pour calmer la douleur, on fit d'abord une première friktion de la peau avec du whisky, puis une autre avec « Jacob's oil » (sans doute une huile irritante); en troisième lieu, on placarda sur les lombes un emplâtre belladonné. Alors éclatèrent des phénomènes d'intoxication belladonnée assez graves. On a vu aussi des accidents plus ou moins semblables si on laisse en place assez longtemps des emplâtres belladonnés d'une certaine surface, parce que l'épiderme finit par se ramollir sous l'emplâtre, et l'absorption du poison est ainsi facilitée dans le derme.

Nous avons cru utile de rappeler quelques faits plus ou moins semblables au nôtre pour bien montrer que des préparations belladonnées pour l'usage externe en appa-

rence très anodines, telles que le baume Tranquille, peuvent devenir très dangereuses si les réseaux lymphatiques et la surface absorbante des papilles ne sont plus recouverts et protégés par l'épiderme. (*Journal des Praticiens*, 22 février).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. UN CAS DE SINUSITÉ FRONTALE DANS LE COURS DE LA ROUGEOLE. — II. TRAITEMENT DE LA CHORÉE. — III. LES INDICATIONS DU SÉRUM DE TRUNECEK CHEZ LES ARTÉRIOSCLÉREUX. — IV. A PROPOS DU SÉRUM DE TRUNECEK. RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. LAVEMENTS, POUDRE MINÉRALE. — V. MALADIE DE RAYNAUD DE NATURE HYSTÉRIQUE, GUÉRIE PAR SUGGESTION INDIRECTE. — VI. LA STÉATOSE HEPATIQUE LATENTE DES ALCOOLIQUES.

I

(*Séance au 30 mai*). — M. BELIN rapporte l'histoire d'un jeune homme de 18 ans, soigné en novembre dernier au lycée Louis-le-Grand. Le jeune homme, assez peu solide par ses antécédents de famille (père en Algérie pour sa santé à la suite d'hémoptysie), par ses antécédents personnels (coxalgie et tumeur blanche du coude) est pris d'une rougeole normale.

Le deuxième jour de l'éruption, 13 novembre, œdème des paupières surtout à gauche; gonflement, rougeur et douleur au niveau du sinus frontal gauche.

Le lendemain la fièvre, qui était tombée la veille, reparait (40° le soir); l'œdème des paupières a augmenté et gagne la partie supérieure de la joue gauche.

Le jour suivant, épistaxis par la narine gauche, suivie d'un écoulement de pus fétide et assez abondant. Amélioration dans l'état général et les symptômes locaux; les jours suivants, l'écoulement purulent continue.

Le 19, rougeur et fluctuation au niveau de la paupière supérieure gauche à son angle externe, indiquant la formation d'un abcès à ce niveau.

Le 20, incision de cet abcès.

Le 24, incision d'un nouvel abcès à l'angle interne de la paupière gauche.

Depuis ce moment amélioration continue et convalescence.

L'examen bactériologique du pus provenant de l'écoulement nasal a montré des streptocoques et des staphylocoques en grand nombre, quelques pneumocoques et de très rares tétragènes. Le pus des abcès de la paupière contenait des streptocoques et des staphylocoques dorés.

Il n'y avait pas de bacille de Koch, recherché à cause des antécédents du malade.

Les inflammations du sinus frontal se comprennent bien à la suite de la rougeole par une propagation du catarrhe oculo-nasal; elles se rencontrent aussi dans la grippe et la scarlatine; elles ont une tendance naturelle à la guérison.

II

M. COMBY vient nous apporter le résultat de sa pratique à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants malades dans le *traitement de la chorée*.

Il en a observé 240 cas, sur lesquels 90 ont été assez légers pour ne demander qu'un traitement hygiénique : repos au lit, régime lacto-végétarien, et hydrothérapie (drap mouillé, appliqué une, deux ou trois fois par jour suivant l'intensité des mouvements).

Reste 150 cas graves, qui ont été traités 70 par l'antipyrine, 54 par l'acide arsénieux et 26 par des agents variés (cacodyle, arséniate de soude, salophène, citrophène, sulfate de strychnine, bromhydrate de cicutine, chloral, etc.). Ces moyens divers ne paraissent pas avoir donné au Dr Comby de satisfaction, puisqu'il ne préconise plus aujourd'hui que l'antipyrine ou l'acide arsénieux ; il paraît même résulter de sa communication qu'il préfère l'acide arsénieux. Les doses qu'il recommande sont très fortes, il arrive à la limite de l'action toxique et il pense que ces doses sont nécessaires pour produire le résultat cherché.

Nous reproduirons successivement le mode d'administration de ces deux médicaments.

Commençons par l'*antipyrine* :

« La dose maxima que je conseille est la suivante : 50 centigrammes par jour et par année d'âge, ce qui fait 6 grammes à 12 ans, maximum que d'ailleurs je ne dépasse pas. La dose quotidienne totale (3, 4, 5, 6 grammes suivant l'âge) ne devra pas être trop fractionnée ; on prescrira 1 gramme à la fois en paquet dissous dans l'eau sucrée ou en potion.

Soit un enfant de 10 ans, atteint de chorée intense que nous voulons traiter par l'antipyrine.

Le premier jour, voulant tâter la susceptibilité de l'enfant, je commence par une dose relativement faible : 2 grammes en deux fois. Puis j'augmente de 1 gramme par

jour jusqu'à 5 grammes que je maintiens pendant 5 ou 6 jours, pour redescendre graduellement à la dose initiale de 2 grammes. Cela fera, en 11 ou 12 jours, 43 ou 48 grammes d'antipyrine.

Un enfant plus jeune recevra une dose moindre; un enfant plus âgé, au lieu de 48 grammes en 12 jours, prendra 60 grammes et plus en 14 ou 15 jours.

En tout cas, la traitement, pour intensif qu'il soit, aura une durée courte, et les chances d'intoxication seront d'autant plus faibles.

Avec ce traitement, quand il est bien conduit et bien toléré, on obtient la guérison de la chorée en 10 ou 15 jours.

Dans quelques cas, la chorée résiste à l'antipyrine, et alors on ne s'obstinera pas; après avoir laissé reposer l'enfant, on le traitera par l'arsenic, et la guérison ne se fera pas attendre.

Les inconvénients de l'antipyrine sont les suivants : diminution de la sécrétion urinaire, avec coloration plus foncée; hémoglobinurie parfois; l'oligurie peut aller jusqu'à l'anurie momentanée; vomissements dans quelques cas; assez souvent érythèmes morbilliformes, scarlatini-formes ou polymorphes.

Ces accidents d'intoxication et d'intolérance sont prévenus ou atténués par le régime lacté et les boissons abondantes que j'ai soin de recommander aux malades traités par l'antipyrine. Il faut s'assurer, d'autre part, que le rein fonctionne bien et qu'il n'y a pas d'albuminurie.

Quand il fait très chaud, quand l'enfant urine peu et transpire beaucoup, j'ai remarqué que les fortes doses d'antipyrine, comme celles d'arsenic d'ailleurs, avaient

plus de chances d'être mal tolérées que dans les conditions inverses.

Les fortes chaleurs estivales sont donc défavorables au traitement médicamenteux de la chorée, et il faut alors s'adresser au drap mouillé.

Cependant, si l'enfant, malgré la chaleur, consent à boire beaucoup de lait, et s'il urine abondamment, on pourra essayer le traitement antipyrinien suivant les règles indiquées plus haut ».

Les 54 chorées traitées par l'acide arsénieux étaient très graves.

Le Dr Comby préfère l'acide arsenieux à la liqueur de Fowler (arsenite de potasse) et à l'arséniate de soude; il emploie la liqueur de Boudin, qui est une solution aqueuse d'acide arsenieux à 1 p. 0/00 (troisième dilution décimale homœopathique) qu'il administre à des doses très fortes.

Voici sa manière de procéder.

« A partir de l'âge de 8 ans, je prescris dès le premier jour, dans un julep gommeux de 120 grammes, 10 gr. de liqueur de Boudin; l'enfant, gardant le lit et soumis au régime lacté, prendra une cuillerée à soupe de la potion toutes les deux heures et avalera ensuite une tasse de lait. Tous les jours, la même potion gommeuse sera prise de la même façon en augmentant de 5 grammes par jour la dose de liqueur de Boudin, jusqu'à concurrence de 30 grammes; puis en diminuant de 5 grammes jusqu'à la dose initiale de 10 grammes. Cela fait, en neuf jours (durée de la cure) 170 grammes de liqueur de Boudin, 17 centigrammes ou 170 milligrammes d'acide arsénieux. Cette dose est considérable, elle est toxique, elle n'est pas toujours parfaitement bien tolérée; plusieurs enfants pré-

senteront des vomissements, un état saburral très marqué ; quelques-uns auront de la fièvre (*fièvre arsenicale*) accompagnant l'embarras gastrique. Enfin, on peut redouter l'apparition, à échéance parfois lointaine, de la paralysie arsenicale. J'ai publié (*Soc. méd. des Hôp.*, 1896) un cas de ce genre. Il s'agissait d'une fillette de 7 ans, atteinte de chorée grave, qui, en onze jours, avait absorbé 235 milligrammes d'arsenic (dose trop forte que je ne donne plus). L'enfant a d'ailleurs parfaitement guéri de sa chorée et de sa paralysie toxique. Ce cas malheureux ne pouvait ébranler ma confiance en la médication arsenicale ; il était de nature seulement à m'inspirer plus de prudence et de rigueur dans l'application de la méthode ; depuis l'année 1890, je n'ai plus eu d'accident sérieux à imputer au traitement arsenical de la chorée.

Au dessous de huit ans, je prescris, dans un julep gommeux de 120 grammes, les doses suivantes de liqueur de Boudin : 5 grammes le premier jour, puis 10, 15, 20, 25, 20, 15, 10, 5 grammes ; ce qui fait, en neuf jours, 125 grammes de liqueur ou 125 milligrammes d'acide arsénieux.

Au-dessous de six ans, et j'ai traité, il n'y a pas longtemps, plusieurs enfants de 5 ans et un petit garçon de 4 ans, je prescris d'après l'échelle suivante : 5 grammes, 7 gr. 50, 10 grammes, 12 gr. 50, 15 grammes, 12 gr. 50, 10 grammes, 7 gr. 50, 5 grammes ; soit, en neuf jours, 85 milligrammes d'acide arsénieux ».

M. Comby rappelle que pour que ce traitement très énergique puisse être toléré, il faut soumettre l'enfant au régime lacté exclusif.

S'il y a de petits signes d'intolérance (vomissements rares, embarras gastrique léger) il faut écarter les cuil-

lerées de la potion, ou la suspendre pendant douze ou vingt-quatre heures.

Il conseille en même temps que ce traitement médicamenteux :

1° Repos absolu au lit, pendant au moins quinze jours ;

2° Isolement relatif, pas de jeux en commun, repos cérébral ;

3° Régime lacté absolu pendant l'emploi de l'antipyrine ou de l'acide arsénieux ; régime lacto-végétarien en dehors de l'emploi des médicaments.

M. Comby n'a pas eu d'accidents sérieux avec son traitement intensif par l'acide arsénieux, qui lui paraît comporter moins de risques qu'un traitement plus timide et plus prolongé.

Il n'a observé qu'un seul cas de paralysie arsenicale, tandis que par l'emploi timoré de la liqueur de Fowler, il a vu signaler de très nombreux cas de paralysie.

Quant au cacodylate (employé, il est vrai, à la dose un peu faible de 5 centigrammes par jour) il lui a donné des résultats à peu près nuls.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. MERY signale le *tartre stibié* dont il s'est bien trouvé en l'employant à doses massives ; M. TRIBOULET s'en est aussi bien trouvé en donnant de hautes doses (0,10 centigr.) fréquemment répétée.

M. MOIZARD partage l'avis du D^r Comby sur les avantages du traitement par l'acide arsénieux à doses intensives.

Il a complètement renoncé à l'antipyrine dont l'action, toujours incertaine, n'était appréciable qu'à doses élevées qui comportent des inconvénients sérieux.

A la séance suivante, M. SEVESTRE est venu confirmer l'avis de M. Comby sur la nécessité du séjour au lit et du calme dans le traitement de la chorée. Comme lui, il pense que l'arsenic et l'antipyrine, donnés jusqu'aux limites de l'intolérance sont les meilleurs médicaments contre cette maladie, et l'antipyrine lui paraît un très bon médicament. Cependant, il pense qu'on doit surveiller le malade de très près, les accidents pouvant survenir très brusquement et sans que rien puisse les faire prévoir.

« Au mois d'octobre 1892, j'avais dans mon service à l'hôpital Trousseau un enfant de 6 ans atteint d'une chorée extrêmement intense, avec ecchymoses sur tout le corps résultant des contusions qu'il s'était faites. Je lui donnai d'emblée 2 grammes d'antipyrine en 4 fois et augmentai progressivement la dose (toujours en 4 fois en vingt-quatre heures) de façon à donner tous les deux jours 0,50 centigr. de plus. Il était arrivé ainsi à 4 gr. 50 qu'il supportait parfaitement ; la chorée semblait, d'ailleurs, en voie d'amélioration, mais se manifestait encore par des mouvements très accentués ; je fis alors porter la dose à 5 grammes.

Le lendemain matin, au moment de la visite, je trouvai l'enfant très affaibli, dans un état demi-syncopal, avec un pouls très faible, les extrémités froides. Sous l'influence de quelques excitants il revint à lui et, le lendemain matin, paraissait ne plus se ressentir de cet état qui, je l'avoue, m'avait fortement alarmé. J'ajoute que la chorée avait du coup été complètement jugulée, mais je me suis promis, pour une autre fois, de ne pas pousser les choses aussi loin ».

Comme préparation arsenicale, il s'est bien trouvé de l'arrhénal (par la bouche) à la dose de 0,02 centigrammes

ou 0,03 centigrammes administré pendant quatre ou cinq jours, puis suspendu et repris; le médicament paraît avoir amené de la diarrhée vers le 5^e jour.

M. VARIOT confirme ce que vient de dire M. Sevestre sur l'arrhénal, qui lui a donné de bons résultats.

III

M. MERKLEN fait une communication sur les *indications du sérum de Trunecek chez les artérioscléreux*.

Il est d'accord avec M. Huchard (1) pour dire que ce sérum ne fait pas rétrocéder les lésions scléreuses, mais il a observé de bons effets de son emploi contre certains accidents des artérioscléreux.

Le sérum de Trunecek agit certainement sur certains troubles moteurs sensitifs et psychiques qui résultent de l'artériosclérose cérébrale, et M. Merklen a constaté cette action sur trois vieillards: chez l'un diminution d'une hémiplegie d'ailleurs incomplète; chez deux autres, amélioration de la mémoire leur permettant de demander des choses dont ils avaient oublié les noms, et retour de la faculté de lire qu'ils avaient perdue; chez tous les trois, relèvement des forces, frappant pour l'entourage.

M. Merklen compare cette action à celle des injections de liquide testiculaire de Brown-Sequard.

Sur certains troubles dyspnéiques l'action du sérum est également favorables. Trois malades du D^r Merklen sur cinq ont éprouvé du soulagement.

Les malades qui ont bénéficié du traitement, après insuccès des autres moyens thérapeutiques, sont d'ailleurs

(1) *Journal des praticiens*, 3 mars 1902.

toujours soumis aux injections quotidiennes de 1 ou 2 centimètres cubes de sérum, deux d'entre eux depuis trois mois, un autre depuis une douzaine de jours. Chez l'un, atteint de broncho-pneumonie subaiguë, puis d'asystolie, à la suite de plusieurs crises d'œdème pulmonaire aigu, les crises d'asthme se produisaient d'une manière incessante, spontanément ou à l'occasion de la moindre émotion, souvent intenses et ne cédant qu'à des injections sous-cutanées de morphine ; elles ont cessé depuis l'emploi du sérum de Trunczek, mais avaient reparu momentanément pendant une courte interruption de ce médicament. Même résultat chez un deuxième artérioscléreux également en asystolie. Un troisième malade, atteint depuis quatre ans de petits accès d'asthme cardiaque, efficacement combattus par l'usage habituel de la théobromine, vient d'avoir sa première grande crise, et simultanément de la respiration de Cheyne Stokes. Les injections de sérum de Trunczek, associés à la continuation de la théobromine, ont mis fin à ces accidents et la fonction respiratoire, au dire de l'entourage, est meilleure qu'elle n'avait été depuis longtemps.

A côté de ces trois succès, M. Merklen cite deux insuccès ; l'un chez un malade pris simultanément d'angine de poitrine et d'asthme cardiaque, l'autre chez un artérioscléreux en hyposystolie immédiatement soulagé par la digitaline de crises asthmatiques que le sérum de Trunczek n'avait pas empêché.

Enfin, si ces injections ont paru à M. Merklen sans influence sur l'angine de poitrine vraie, elles ont, dans deux cas, paru modifier favorablement de grandes crises diurnes ou nocturnes de douleurs angineuses.

IV

(*Séance du 6 juin*). — M. LÉOPOLD LEVI vient exposer certaines des recherches qu'il a entreprises à propos du sérum Trunecek.

Il présente successivement sept malades.

Le premier est un homme de soixante-dix ans, atteint d'une céphalée continue depuis trois ans environ.

Jamais depuis ce temps il n'était resté deux jours sans souffrir de la tête. En même temps, il se plaignait de bourdonnements dans les deux oreilles, qui ne le quittaient ni jour ni nuit, affectant la forme de battements et de bruits de la mer. Ils avaient débuté un an et demi auparavant, au niveau de l'oreille gauche, pour gagner ensuite l'oreille droite. Depuis trois ou quatre mois, il s'apercevait de la dureté de l'oreille à gauche. En outre il existait un état d'insomnie marquée : il dormait deux heures par nuit, d'une façon entrecoupée, et était réveillé par les bourdonnements. Le malade accusait enfin une sensation d'engourdissement au niveau du dos et de la plante des pieds.

A la suite de 38 piqûres de sérum de Trunecek, 30 de suite, de 2 à 5 centimètres cubes, puis deux par semaine, sans modification du régime, ni adjonction d'aucun autre médicament, l'amélioration était complète. La céphalée avait disparu, l'insomnie avait fait place au sommeil. Il n'y avait plus trace de bourdonnements d'oreille. L'acuité auditive était meilleure, ainsi que l'état général.

Le traitement s'est terminé le 27 décembre 1901 et depuis l'amélioration persiste pleine et entière.

L'effet favorable s'est fait ressentir dès la première

injection, s'est accru graduellement, sauf après une période d'une semaine, pendant laquelle, sans que le malade fût prévenu, M. Léopold Levi avait substitué le sérum de Hayem au sérum de Trunecek.

La seconde malade est une femme de 40 ans, atteinte de bourdonnements d'oreilles remontant à un an, existant des deux côtés, ressemblant à des tintements de clochettes, et s'accompagnant de dureté d'oreille et d'agitation nocturne.

Le traitement, terminé le 27 janvier 1902, a fait disparaître tous les phénomènes morbides; l'acuité auditive seule n'a pas été modifiée.

Voici maintenant un homme de 45 ans qui, depuis un an, perd ses forces, maigrit; depuis six mois il se plaint de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, de sifflements, de vertiges et éprouve un peu de surdité de l'oreille gauche. Il marche difficilement, ses jambes sont faibles, et parfois fléchissent sous lui. Il ressent des fourmillements à leur niveau. Il a perdu un peu la mémoire et, quand il parle, cela lui raisonne dans la tête. En plus, existent des troubles dyspeptiques. Le malade a eu la syphilis, a fait des excès dans sa jeunesse, il se surmène.

C'est un arthritique à cheveux blancs depuis l'âge de 26 ans. Les artères sont dures, le pouls tendu, le deuxième bruit claque à l'aorte.

Le traitement consista en 7 injections représentant 24 centimètre cubes de sérum de Trunecek; tous les maux s'atténuèrent progressivement et disparurent complètement. Il ne ressent plus ni céphalée, ni fatigue, ni bourdonnements; la marche est assurée, la mémoire revenue, l'ouïe s'améliore. Ce traitement s'est terminé

dans les premiers jours de janvier et, depuis, l'état est resté bon.

Chez d'autres malades l'amélioration produite est plus passagère ; mais cependant les résultats sont encore très favorables.

Le plus souvent, M. Léopold Lévi, après avoir fait 10 injections à son malade, continue le traitement par des lavements contenant le sérum. Dans quelques cas même, et la malade dont nous avons rapporté l'histoire plus haut est un exemple de cette manière de faire, le traitement consiste uniquement en lavements à la dose de 5 à 40 centimètres cubes. Cette malade a pris 30 lavements, représentant 745 centimètres cubes de sérum.

M. Léopold Lévi cite deux autres malades traités exclusivement par la voie rectale, l'un pour des battements artériels visibles au niveau des artères superficielles, de l'oppression, de l'angoisse cardiaque et une tension artérielle exagérée ; l'autre pour de la céphalée, de l'amnésie, de la dyspnée et des battements de cœur.

Voici le mode d'emploi.

Le sérum de Trunczek est donné pur, sans mélange d'eau, à l'aide d'une seringue en caoutchouc de 30 centimètres cubes. On commence par la dose de 5 centimètres cubes et on augmente de 5 centimètres cubes tous les deux jours pour arriver à 30 ou 40 centimètres cubes.

Si le lavement donnait lieu à quelques coliques, on redescendrait à la dose précédente bien supportée.

M. Léopold Lévi trouvant ces deux moyens quelquefois difficiles à faire accepter a essayé la voie buccale.

Les lavements répugnent quelquefois aux malades ou s'absorbent mal. Le sérum de Trunczek en injection est un liquide concentré, irritant, produisant facilement des indurations chroniques, quelquefois des abcès.

Pour les poudres à administrer en cachets, M. Léopold Lévy a un peu modifié la formule de Trunecek. Celui-ci, pour avoir un mélange soluble, avait supprimé les phosphates de chaux et de magnésie qui font partie des sels du sérum sanguin, et ajouté le sulfate de potasse qu'on trouve, non dans le sérum, mais dans le caillot humain, et qui existe aussi dans le sérum de bœuf.

M. Léopold Lévi est revenu à la formule du sérum normal, et voici comment il prescrit sa poudre minérale.

Chlorure de sodium	10 gr.
Sulfate de soude	1 gr.
Phosphate de chaux	} à 0 gr. 75
Phosphate de magnésie.	
Carbonate de soude.	0 gr. 40
Phosphate de soude.	0 gr. 30

A diviser en 13 cachets, contenant sensiblement un gramme de mélange. Chaque cachet correspond au moins à 15 centimètres cubes du sérum liquide ou à la teneur en sels de plus de 150 centimètres cubes de sérum de sang.

On prend un cachet le matin à jeun avec une cuillerée à soupe d'eau, une heure avant l'ingestion du premier déjeuner.

Parfois, M. Léopold Lévi en administre deux, une à 6 heures du matin, l'autre à 11 heures, le petit déjeuner ayant été pris à 7 heures. Quelquefois, il donne seulement une demi dose.

Nous ferons remarquer, à propos de l'emploi du sérum de Trunecek et des poudres du D^r Léopold Lévi, qu'il y a déjà longtemps, un homœopathe allemand, Schussler, eut l'idée de créer une thérapeutique nouvelle en employant dans le traitement des maladies, les principes salins con-

tenus dans les tissus du corps humain. Et que depuis cette époque, un certain nombre de médecins donnent les phosphates de magnésie, de chaux, de soude et de fer, les sulfates de soude, de magnésie, le carbonate de soude, le chlorure de sodium, la silice, etc. En tout douze médicaments.

La découverte de Trunczek n'est qu'une réédition de la pratique de Schussler sous une autre forme et à ~~des~~ doses un peu plus fortes.

V

M. SOUQUES rapporte un cas très intéressant de *maladie de Raynaud de nature hystérique, guérie par suggestion indirecte*.

Il s'agit d'un homme de 27 ans, présentant des stigmates hystériques, qui a des antécédents névropathiques héréditaires. A l'âge de 12 ans, il fut mordu à la main droite par un chien, la blessure suppura quatre mois ; la main gauche, probablement infectée par la droite, se mit à suppurar à son tour pendant sept mois ; depuis elle resta cyanotique.

Depuis l'âge de 15 ans, crises journalières de maladie de Raynaud à la main gauche ; refroidissement, insensibilité, blancheur des phalanges des cinq doigts (syncope locale), puis les doigts et la face dorsale de la main bleuissent (asphyxie locale). La teinte s'accroît au point de devenir noirâtre. Sudation palmaire. La température locale descend à 28,1, tandis qu'un point symétrique de la main droite donne 33,5.

Depuis quelques mois, la main droite, autrefois indemne, donne lieu quelquefois à des crises analogues.

Le 19 mai. On dit au malade qu'on a trouvé un moyen

de le guérir sûrement et radicalement. Il s'agit de pilules qu'on qualifie de fulminantes. Si le moyen réussit, les urines deviennent bleues, lui dit-on avec conviction ; si les urines deviennent bleues, c'est la guérison certaine : *le bleu de la main sera passé dans les urines*. C'est généralement à la troisième pilule que ce fait se produit, ajoute-t-on.

Les deux premières pilules fulminantes, qui ne renferment rien, produisent cependant de la céphalée vive, des douleurs rénales et une crise d'asphyxie locale dans la main gauche. La troisième pilule, prise le 21 mai, qui contient 5 centigrammes de bleu de méthylène, trouble encore plus le sujet que les précédentes. Les urines deviennent bleues. A partir de ce moment l'asphyxie locale, la douleur, l'hypothermie commencent à s'atténuer, et, quatre jours après, il n'en existait aucune trace appréciable.

Jusqu'ici la guérison s'est maintenue, et la température locale de la main gauche, qui était jadis pendant les crises de 28 degrés, atteint maintenant 33° 3. L'hémiparésie gauche n'est presque plus appréciable.

VI

(Séance du 13 juin.) — MM. GILBERT et LEREBoullet, qui se sont particulièrement occupés de la pathologie hépatique dans ces derniers temps, en étudient un nouveau chapitre : la *steatose hépatique latente des alcooliques*.

La steatose hépatique des alcooliques a été signalée par divers auteurs, en particulier par Frérichs, Murchinson et Lancereaux, mais M. Gilbert croit à la suite des observations recueillies dans ces dernières années que, de toutes

les manifestations de l'alcoolisme sur le foie, la stéatose hépatique latente est de beaucoup la plus fréquente.

Il voudrait donc faire un exposé de la question.

La stéatose hépatique latente des alcooliques existe chez des sujets, souvent très jeunes, vigoureux et bien portants, qui ne paraissent pas souffrir de leur alcoolisme jusqu'au jour où ils sont frappés d'une affection intercurrente, pneumonie ou érysipèle, ou bien qu'ils subissent un traumatisme accidentel ou chirurgical. Alors éclatent des accidents graves qui sont sous la dépendance de l'altération hépatique.

La *pneumonie* est de tous ces accidents le plus important, et si elle est si souvent mortelle chez les alcooliques c'est surtout à leur stéatose hépatique qu'elle doit sa gravité.

Les symptômes cliniques de ces pneumonies sont les symptômes classiques, avec les caractères spéciaux aux alcooliques, faciès, tremblement; foie gros débordant souvent le rebord costal, sans que sa consistance soit ordinairement augmentée.

Les symptômes généraux sont très graves, même si la lésion est peu étendue.

Il existe des troubles nerveux plus ou moins intenses et rapidement un délire de paroles et d'actions plus ou moins marquées.

Lorsque la pneumonie guérit, la stéatose hépatique peut avoir une action ultérieure sur la convalescence. M. Gilbert a noté, dans trois cas, le retour ou la persistance de la fièvre, pendant un temps plus ou moins long, avec la persistance des signes locaux.

Chez tous ces malades, l'examen des urines et les recherches de l'état du chimisme hépatique montrent une altéra-

tion assez grande des fonctions du foie : l'ictère dit hémaphéique, la cholémie, souvent l'urinobilinurie.

Les autopsies faites soit chez les pneumoniques, soit chez des alcooliques morts d'une autre affection surajoutée, ont confirmé ces idées.

La stéatose hépatique latente mérite d'avoir une place importante dans la pathologie du foie. Sa fréquence, insoupçonnée en raison de sa latence, est considérable, puisqu'elle est, sans doute, à elle seule, plus commune que toutes les variétés de cirrhose résultant de l'action de l'alcool sur le foie. Son importance résulte de ce que, s'observant assez fréquemment chez des sujets jeunes, elle constitue la tare souvent cachée qui aggrave chez eux le pronostic des malades, en apparence bénignes. La pneumonie chez eux évoluerait normalement sans cette cause d'aggravation, car leur cœur et leurs vaisseaux sont en général sains. Du fait de cette lésion hépatique, elle est fréquemment mortelle. Les lésions traumatiques, les interventions chirurgicales sont, à juste titre, redoutables chez ces malades, et, comme Verneuil et son élève Gauthas l'ont pressenti il y a quelques années, le pronostic doit être chez eux très réservé.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. SURCOLORATION DU SÉRUM DANS LES NÉPHRITES INTERSTITIELLES. — II. ÉTUDE DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'AIMANT. — III. LA LOI DE MENDEL ET L'HÉRÉDITÉ DE LA PIGMENTATION CHEZ LES SOURIS. — IV. RÉSISTANCE DES

RATS ET DES INSECTES A L'ACIDE SULFUREUX ET A L'ACIDE CARBONIQUE. — V. DE L'ACTION ANESTHÉSIQUE DU CHLORURE DE MÉTHYLE. — VI. ÉTUDE GRAPHIQUE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES DANS PLUSIEURS MALADIES.

I

MM. Gilbert et Herscher signalent un nouveau symptôme dans les néphrites interstitielles, l'hypercoloration du sérum s'accompagnant le plus souvent d'une teinte jaunâtre des téguments.

Cette hypercoloration serait due à la rétention dans l'organisme, par suite de l'imperméabilité rénale de la matière colorante normale du sérum.

Deux raisons appuient cette explication : la première, c'est que chez ces malades, les urines sont remarquablement pâles ; c'est ensuite que si on lie les deux uretères chez un chien vingt-quatre heures après l'opération, le sérum prend une teinte jaune assez prononcée.

La cause de l'hypercoloration du sérum dans la néphrite interstitielle est donc l'imperméabilité rénale, qui entraîne la rétention du pigment normal du sérum, le sérum-chrome.

Quelle est la nature de ce pigment ? Il est probablement identique aux pigments biliaires et constitue un ictère d'origine rénal.

Il y a à retenir de cette communication le fait suivant : la néphrite interstitielle s'accompagne souvent d'une teinte jaune des téguments avec hypercoloration du sérum. — (*Séance du 12 avril 1902, page 388*).

II

M. Féré rappelle que l'aimant guérit l'hémi-anesthésie et la myosthénie hystérique. Il rappelle que, d'après les expériences de Peterson et Kenelly, les aimants les plus puissants n'ont aucune action sur l'homme sain. Puis, il rapporte une série d'expériences d'où nous dégageons cette conclusion : c'est que l'aimant est soumis aux lois pharmacodynamiques qui régissent tous les médicaments. Exemple : l'aimant relève les forces chez le sujet fatigué, et les diminue chez le sujet reposé. Appliqué pendant le travail musculaire, il produit des effets alternants. Les dépressions et les exhaltations se succèdent alternativement. — (*Séance du 12 avril 1902, page 388*).

III

Nous ne voulons retenir de cette communication que sa conclusion : les variétés de même espèce donnent naissance, par leur union, à des produits indéfiniment féconds, et cette hérédité est soumise à deux lois différentes, la première qu'on observe chez le blanc et le nègre dont les produits présentent une coloration intermédiaire, constituent alors une race qui peut se reproduire indéfiniment à l'état de mulâtre, ou tendre de plus en plus vers le blanc ou vers le noir, suivant que l'une des deux races interviendra dans les croisements futurs.

La seconde loi, appelée loi de Mendel, a été observée dans le monde végétal, et plus récemment chez les souris.

L'union d'une souris blanche et d'une souris grise ne

donnent pas naissance à une souris intermédiaire comme couleur, mais la descendance se partage dans une proportion à peu près toujours la même, et donne 26 p. 100 de souris albinos absolument pur, et 74 p. 100 de souris absolument grises.

Les albinos nées de ce croisement et unies entre elles ne donnent naissance qu'à des albinos et les gris ne donnent que des grises.

Les animaux qui sont soumis à cette dernière loi de croisement présentent donc des variétés beaucoup plus durables que celles qui existent dans l'espèce humaine. (*loco citato*).

IV

D'une note de MM. Langlois et Loir à propos de la destruction des rats et des insectes parasites de ces rongeurs, établit que l'acide sulfureux, quand il est obtenu par la combustion directe du soufre, est toujours suffisant pour amener la mort des rats et des insectes en moins de 10 minutes.

Nous notons ce fait parce qu'à l'hôpital Saint-Jacques nous désinfectons toujours les chambres contaminées à l'aide d'acide sulfureux obtenu par la combustion du soufre à l'air libre et que nous n'avons jamais eu un cas de contagion.

V

MM. Marcille et Richet ont communiqué à la Société de biologie (séance du 17 mai) un travail qui a pour but de remplacer l'éther et le chloroforme par le chlorure de méthyle dans l'anesthésie chirurgicale. Les raisons qu'ils

apportent de leur préférence c'est que l'éther et le chloroforme peuvent paralyser le cœur avant de suspendre la respiration et que « cette syncope cardiaque est immédiatement et irrémédiablement mortelle », tandis que le chlorure de méthyle paralyse longtemps la respiration avant le cœur et que cette paralysie de la respiration suspendant nécessairement l'inhalation du chlorure de méthyle, jamais ce gaz ne peut déterminer de syncope mortelle. Or, comme la paralysie de la respiration et l'asphyxie qui en est la suite ne détermine la mort qu'après 5 ou 6 minutes, on peut donc toujours arrêter les accidents en instituant la respiration artificielle.

Seulement, le chlorure de méthyle a un inconvénient énorme pour les opérations : c'est de déterminer une agitation extrêmement violente, une anesthésie tardive et qui ne devient complète qu'au moment où la respiration faiblit.

VI

On enseigne généralement que l'inspiration est trois fois plus longue que l'expiration et cependant l'étude des graphiques démontre que l'inspiration et l'expiration ont une durée très analogue, le tracé représentant un triangle isocèle.

D'où vient cette contradiction apparente ?

Si on ausculte un malade, il est facile de s'assurer que le bruit inspiratoire est effectivement beaucoup plus long que le bruit expiratoire et voici l'explication de cette contradiction apparente. L'expiration se fait en deux temps, l'un rapide et très court, l'autre prolongé. Or, dans l'auscultation on entend seulement le premier temps, le second est absolument silencieux à l'état normal.

Mais étudions maintenant les différentes courbes dans les différentes maladies et d'abord dans l'emphysème.

Dans l'*emphysème*, à l'auscultation, l'expiration est très prolongée et habituellement sibilante. Cette prolongation de l'expiration est aussi constatée par l'instrument enregistreur, la ligne de l'expiration est très oblique et ondulée celle de l'inspiration étant presque perpendiculaire, la courbe représente un triangle rectangle.

Dans la *pleurésie* avec épanchement, l'inspiration est plus longue que l'expiration. Il n'existe pas de période de repos et les lignes d'expiration et d'inspiration étant très concaves, la courbe revêt l'aspect d'un arc de cercle.

Dans le *pneumothorax*, l'inspiration est aussi plus longue que l'expiration, la ligne qui représente l'inspiration se continue en plateau dentelé et le tracé a un aspect rectangulaire.

Dans la *tuberculose* pulmonaire, la durée de l'inspiration est beaucoup plus longue que celle de l'expiration, la forme des courbes représente un cône très arrondi.

Dans la méningite tuberculeuse, le tracé de la respiration traduit le caractère irrégulier et spasmodique déjà reconnu par la clinique. L'inspiration est représentée par une ligne droite sans flexuosités, souvent terminée par un large plateau et la ligne de l'expiration est souvent ondulée.

Quel est le mécanisme de ces différences présentées par la respiration dans les maladies ?

Ces différences dans la durée des mouvements d'inspiration et d'expiration sont dues aux différences de résistance que l'air éprouve pour sortir ou entrer dans le poumon.

Si l'air éprouve une plus grande résistance pour entrer

comme dans la pleurésie et le pneumothorax, l'inspiration sera plus longue.

Si, au contraire, l'air éprouve plus de résistance pour sortir comme dans l'emphysème, l'expiration sera plus longue. (Lctulle et Pompillan, séance du 10 mai 1902).

D^r WAGNER

1902

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

LE VENIN DES SERPENTS

Par le D^r BASTENIER, de Berlin (Société de médecins homœopathes de Berlin, 13 mars 1902).

Le venin des serpents n'est pas une substance chimique univoque, mais un mélange d'au moins deux corps appartenant aux toxalbumines, notamment une globuline (insoluble dans l'eau, soluble dans une solution de sel de cuisine ou de sulfate de magnésie) et une albumose (insoluble dans l'eau froide ; soluble dans l'eau chaude, les solutions alcalines et acides, et la solution de sel bouillante).

Une ébullition de courte durée sépare ces substances, et il s'en isole un poison analogue aux alcaloïdes et d'action manifestement délétère.

Ces poisons, suivant leur espèce d'origine, ont des actions variées, après la morsure.

Après la morsure du genre *crotale* (serpent à sonnettes, lachesis, bothrops) on observe souvent une gangrène locale.

Après la morsure de la *vipère*, un gonflement étendu, qui envahit parfois tout le corps.

Le poison beaucoup plus violent des *élapides* (serpents à lunette, aspic d'Afrique) ne provoque que des accidents locaux légers, et celui des hydrides de l'océan Indien est encore plus hépin.

Celui des serpents d'Australie est presque dépourvu d'action locale.

Le poison se trouve dans les glandes spéciales, à l'exclusion de tous les autres tissus ; son action s'épuise dès les premières morsures. Séché, il conserve longtemps ses propriétés ; en solution dans la glycérine, il paraît ne pas subir d'altération. Les globulines semblent agir surtout sur le sang, les peptones (albumoses d'après Kobert) sur les tissus. L'action des poisons est en rapport avec la présence de telle ou telle de ces deux composantes.

Une partie du poison (une globuline) qui n'agit que peu ou point localement, paralyse le cœur et la respiration ainsi que les centres et les nerfs périphériques. La pression sanguine diminue aussitôt l'injection. Quand l'estomac est vide, le poison est résorbé ; s'il est plein, le poison est digéré. La résorption s'opère très vite dans la morsure, qui noircit à vue d'œil ; abattement, faiblesse du cœur, dyspnée, crampes, paralysie des extrémités, sueur froide, angoisse de la mort, qui survient par asphyxie.

Quand la mort ne vient pas, il peut y avoir production d'état chronique, ictère, paralysie, troubles nutritifs, suppuration des membres. A l'autopsie : hémorrhagies des muqueuses et des cavités. Le poison des serpents d'eau agit plutôt sur les animaux à sang froid.

L'antidote est l'alcool, employé d'ordinaire jusqu'à l'ébriété. On y ajoute quelques gouttes d'ammoniaque.

En Australie, avec des injections de strychnine, tous les malades mordus par des serpents furent sauvés. Les voyageurs prétendent qu'on acquiert par accoutumance une sorte d'immunité. Chez les Boschimans, les sorciers acquièrent, dès l'enfance, l'immunisation en frottant avec le poison, de légères éraillures de la peau. Le directeur de l'Institut Pasteur de Lille a préparé, par la méthode habituelle des accoutumances graduelles, un sérum de cheval pour guérir toutes les morsures de serpent.

On n'objectera pas que le poison des serpents n'agira pas pris à l'intérieur, car on sait : 1° que l'expérimentateur n'ingère pas le médicament, l'estomac plein ; 2° les parties du poison semblables aux peptones et aux albumines ne sont pas insolubles ; 3° la 30^e puissance n'est pas neutralisée par les influences de la digestion.

Lachesis correspond à la gaité, l'humeur fantasque, l'agitation ; le sujet ne peut garder rien de serré autour du cou. Il y a peu de symptômes au cœur.

Noja s'accompagne de dépression plutôt que d'excitation. Céphalalgie, malaise au cou et au cœur ; symptômes de sommeil analogues aux malaises des climats tropicaux. Améliorés par le grand air, le tabac et le vin.

Crotalus affecte également le cou ; dépression, douleur dans tous les membres. La forme intermittente des douleurs est une particularité des plus intéressantes.

Les expériences démontrent que l'emploi du médicament à l'intérieur est suffisamment démonstratif, et que la 30^e puissance donne les résultats analogues aux essais faits à d'autres dilutions.

Hering voit dans le venin des serpents un médicament d'une grande énergie, d'un emploi très utile dans les cas anciens et moins aigus, comme dans les plus

graves, et dans les maladies de longue durée. On trouve là le véritable polychreste. Wallace (1824) voyait dans *Crotalus* une des colonnes de la matière médicale, et prédisait à ce produit un emploi aussi fréquent qu'à l'opium et à l'huile de ricin.

(*Zeitschrift des Berl. Vereines homoop. Aerzte*, juin 1902).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

DÉRIVÉS DE LA MORPHINE.

Nous étudierons trois dérivés de la morphine : 1^o l'*Héroïne*, 2^o la *Dionine*, 3^o la *Péronine*.

I. — *L'héroïne* est l'éther diacétique de la morphine. C'est une poudre blanche, cristalline, de goût amer, peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool. Diminuant la sensibilité des bronches aux excitations mécaniques, elle permet aux malades une respiration plus facile sans qu'ils aient à craindre des accès de toux. Elle n'agit ni sur le cœur ni sur la pression sanguine, en sorte qu'on la peut prescrire aux cardiaques. Elle offre sur les opiacés un avantage considérable : elle ne détermine pas de constipation.

Dix fois plus active que la codéine, elle est un peu moins toxique que cette dernière. On la prescrit à la dose moyenne de 0 gr. 003, trois ou quatre fois par jour, sous forme de pilules, de poudres ou de potions alcooliques. Elle agit favorablement et comme calmant dans toutes les

affections de l'arbre respiratoire (phtisie, asthme, bronchites, laryngites).

II. — *La dionine* est de l'éthylmorphine. C'est une poudre blanche amère et soluble dans l'eau. Elle tient le milieu entre la morphine et la codéine qui est de la méthylmorphine et possède des propriétés narcotiques précieuses. Comme elle ne crée pas d'accoutumance, on la peut employer dans le traitement de la morphinomanie (*Nouveaux remèdes Bardet. 1901*). A l'exemple de l'héroïne, elle calme les quintes de toux douloureuses et peut être employée dans les affections aiguës et chroniques des voies respiratoires ; son action sur le sommeil, quand il y a des douleurs vives, est quelquefois plus sûre que celle du sulfonal, du chloral et du trional. On l'a aussi utilisée dans les douleurs gastralgiques. Son absorption ne serait suivie d'aucun malaise : ni douleurs de tête, ni nausées, ni vomissements. Pas de constipation non plus, comme avec l'héroïne.

Les doses sont celles de la codéine : par voie buccale de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour. On peut aussi utiliser les injections hypodermiques. Dans ce dernier usage, la dose de 0 gr. 02 suffit.

III. — Si *la dionine* est l'éthylmorphine, *la péronine* est du benzyl-morphine (chlorhydrate de). C'est, comme les précédentes, une poudre blanche, soluble dans 120 parties d'eau, narcotique comme la dionine. La dose est de 2 à 6 centigr. par jour, en pilule ou en potion alcoolisée. — L. M.

(*Journal des praticiens*, 15 mars).

L'EUQUININE

On sait combien il est difficile de faire absorber de la quinine aux enfants. La saveur amère du remède le rend impossible à prendre. La forme de cachets, qui permet de masquer le goût de la quinine, n'est pas applicable à la médecine infantile. Les enfants n'avalent pas de cachets ; même ennui pour les pilules. C'est toute une affaire de faire absorber une pilule à un enfant de 3 à 4 ans. Les suppositoires sont parfois mal tolérés ; le petit malade ne les garde pas ; il les rejette avant qu'ils soient fondus. Que faire en pareil cas ? Le praticien juge la quinine nécessaire ; potions, cachets, pilules, suppositoires, aucune forme médicamenteuse n'est acceptée. Il reste sans doute la ressource des injections hypodermiques ; mais cela effraie la famille, cela risque d'agiter l'enfant ; c'est toute une affaire. Mieux vaut ne pas recourir à cette extrémité. Quand le praticien voudra prescrire de la quinine et que le petit malade la refuse, ce qui est habituel, il songera pour la remplacer, à un produit voisin qui est l'éther éthylarbonique de la quinine et qu'on appelle *l'euquinine*. *L'euquinine* se montre sous forme de fines aiguilles blanches, solubles dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, difficilement solubles dans l'eau. Le produit possède une saveur amère très légère qui disparaît quand il est mêlé au sucre, au lait, aux potages, au cacao. Bardet considère l'euquinine comme le remède antimalarique par excellence (*Nouveaux remèdes*, 1901, p. 69) ; une dose de 1 gr. à 1 gr. 5 suffit souvent pour juguler les accès. Son action, comme antithermique, a fourni des preuves dans les autres pyrexies. Il semble qu'une dose un peu plus forte que la quinine soit nécessaire. 1 gr. 50 à 2 gr. d'euquinine

correspondent comme effet à 1 gr. de sel de quinine soluble. Le remède a été administré avec les mêmes résultats que la quinine, dans la fièvre hectique des tuberculeux, dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde. L'euquinine offre d'autres avantages encore que son insipidité. Le médicament n'est pas toxique, ne produit ni troubles dyspeptiques ou encéphaliques. Il a été prescrit avec succès dans la coqueluche. La grippe infantile s'en trouvera bien. On signale même des succès dans la chlorose et l'anémie, le remède paraissant avoir en outre une action hématopoiétique. Il suffit au praticien qu'il puisse l'utiliser dans les pyrexies infantiles. La dose pour les enfants sera de 0 gr. 10 à 0 gr. 15, qu'on pourra répéter plusieurs fois par jour. Le bouillon, le lait, le cacao, la soupe, le sirop de fruits, autant de véhicules qui recevront le remède. La dose pour adultes sera en cachets de 0,25 à 1 gr. — 2 à 3 fois par jour.

On pourra formuler :

Euquinine.	2 grammes
Alcool p. dis	q. s.
Sirop de groseilles	100 grammes

Trois cuillerées à café par jour à un enfant de 3 à 4 ans.

La potion entière pourra être absorbée par un adulte.

M. Gillet prescrit l'euquinine dans son dispensaire des Enfants-Malades depuis deux à trois ans et s'en trouve bien. M. le Dr Rocas l'ordonne à des doses un peu supérieures à celles que nous avons indiquées (0 gr. 10 à 0 gr. 15, et même 0 gr. 20, par année d'âge). — S. R.

(Journal des praticiens, 19 avril).

ICTÈRE ET COLIQUES HÉPATIQUES PAR DÉPLACEMENT DU REIN DROIT.

Hors de la présence de tout calcul biliaire, le rein droit flottant peut déterminer une obstruction biliaire dont il faut connaître à la fois l'existence et le mécanisme pour y apporter remède.

A d'autres cas analogues J. Hutchinson en ajoute deux dans *The Practitioner* de février 1902. Ils concernent deux femmes âgées de moins de 30 ans. La première a souffert à 25 ans de coliques hépatiques attribuées à un calcul biliaire et depuis deux ans elle ressent des douleurs dans la région du foie à l'occasion de n'importe quel effort et après les repas. Elle a beaucoup maigri. Un deuxième ictère s'est produit récemment et a disparu lorsqu'elle se présente à l'hôpital. A son entrée elle présente dans l'hypochondre droit une masse douloureuse qui émerge de la face inférieure du foie, au-dessous du 9^e cartilage costal, et descend jusqu'à la ligne ombilicale transverse. On suppose qu'il s'agit d'une vésicule biliaire distendue par des calculs. Le rein droit est mobile. Lors d'une première opération, on reconnaît que la masse perçue n'est autre qu'un prolongement du foie au-dessous duquel flotte librement le rein droit. D'anciennes adhérences réunissent le côlon et le duodenum à la face inférieure du foie; en arrière de ces adhérences disséquées et rompues se trouve la vésicule biliaire rétractée, grosse et dépourvue de calcul; la cavité presque oblitérée contient du mucus et sa paroi hypertrophiée mesure un centimètre et demi d'épaisseur. Pas de calcul dans le canal cystique.

Quinze jours après on pratique la néphropexie. La malade guérit rapidement de ces deux interventions et quitta

l'hôpital ne souffrant plus. Sa santé s'est grandement améliorée depuis et elle a gagné du poids.

La deuxième malade ressentait depuis longtemps des douleurs dans la région du foie, et vomissait. Elle arrive très amaigrie, atteinte depuis un mois d'un ictère modéré. Ses selles sont blanches et ses urines bilieuses. Au-dessous du foie existe une tumeur arrondie qu'on prend pour une vésicule biliaire distendue et qu'une laparotomie démontre être un rein droit flottant. La vésicule et le canal cystique sont normaux ; sur-le-champ on pratique la néphropexie lombaire.

La bile disparut de l'urine en 10 jours et les fèces se colorèrent normalement.

Bonne santé depuis l'opération faite depuis un an.

Ces observations jointes à quelques autres, démontrent l'importance du diagnostic du rein flottant, qu'il soit isolé ou associé à l'hépatoptose ; elles établissent son rôle dans la production de l'ictère par le mécanisme de l'obstruction des voies d'écoulement de la bile et permettent même de supposer qu'il peut n'être pas étranger à la formation des calculs biliaires.

Comment se produit cette obstruction ?

Weisker l'attribue à l'étranglement du col de la vésicule biliaire par un repli péritonéal hépato-rénal qui se tend par l'effet de la ptose du rein. Plusieurs disséctions faites par l'auteur, d'autres exécutées par Keith sur des sujets atteints de ptose rénale et hépatique, établissant l'inexistence de ce repli chez les individus normaux aussi bien que chez ceux dont le rein a perdu sa fixité.

Il faut donc chercher une autre explication. L'auteur croit la trouver dans plusieurs faits, qu'il classe dans l'ordre suivant :

1° Déplacement simultané de la portion descendante du duodenum et du rein droit — on sait que cette portion du duodenum adhère souvent intimement à la face antérieure du rein droit avec laquelle elle est en rapports normaux. — ce déplacement entraîne l'étirement du canal cholédoque qui s'y abouche; 2° déplacement de la vésicule biliaire et, consécutivement, coudure à angle aigu du canal cystique (ptose hépato-rénale); 3° Torsion de la portion descendante du duodenum et torsion possible, consécutive, du canal cholédoque.

Ces cas sont à rapprocher de celui qu'a publié récemment H. Bramwells (*British médicale*, J. 1901) concernant une jeune femme atteinte de ptose rénale droite. Le rein tirait tellement la première portion du duodenum qu'il en résulta une dilatation de l'estomac suivie de mort. Le seul traitement de ces accidents hépatiques réside dans la néphropexie qui supprime leur cause productrice. (*Journal des praticiens*, 28 juin.)

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR L'ACIDE PICRIQUE

Ayant lu la communication faite par M. H. de Brun (de Beyrouth) dans le *Journal des Praticiens* (1) sur le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique, j'ai le plaisir d'annoncer que cette méthode m'a donné des résultats merveilleux sur des malades atteints depuis nombre d'années de cette désespérante affection. En communiquant les observations suivantes, je cède au désir de rendre hommage à sa sagacité clinique et de voir cette nouvelle

(1) Le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique, par H. de BRUN; *Journal des Praticiens*, 15 juin 1901.

médication mise en pratique par nos confrères contre une maladie si répandue et si tenace.

OBSERVATION I. — Mon premier malade, âgé de 35 ans, est atteint de blennorrhagie depuis dix ans. Après avoir subi les traitements les plus variés (copahu, cubèbe, lavage au permanganate de potasse, instillations au nitrate d'argent) sans aucun résultat, le malade découragé s'était résigné à vivre avec son mal. Pourtant sa femme ayant contracté une métrite, il se décide de nouveau à se faire soigner.

La sécrétion purulente est assez abondante pour maculer tous les jours la chemise du malade. L'urétrite est étendue à tout le canal. J'examine le pus et reconnais le streptocoque uni au gonocoque. Je fais moi-même des lavages avec une solution composée de permanganate et de sublimé. J'en fais vingt. Résultat nul. J'ai recours alors aux instillations de nitrate d'argent à 5/00. Douze instillations pratiquées à deux jours d'intervalle l'une de l'autre ne donnent aucun résultat. Je me décide alors à laisser le malade se reposer huit jours, puis à commencer des instillations d'acide picrique à 2/00 tous les jours. *A la première instillation la sécrétion purulente disparaît !* J'en fais encore trois, une tous les matins. En tout, quatre instillations ! Depuis le 1^{er} septembre mon malade reste guéri.

OBSERVATION II. — Mon second malade est atteint depuis quatre ans. Il a passé par tous les traitements avant de venir me demander des soins. D'emblée, je lui fais des instillations tous les matins à l'acide picrique. A la sixième, disparition complète de la sécrétion purulente. Pourtant mon client me supplie de lui faire encore quelques instillations *pour affermir la guérison*. Je cède à son désir et lui fais encore quatre instillations. La guérison se maintient depuis un mois.

L'instillation d'acide picrique à 2/00 est sursaturée. Il faut la faire chauffer pour éviter une cristallisation. La douleur que cette solution produit est vive, plus vive que celle produite par le nitrate d'argent à 5/00, mais elle ne dure pas. — D^r DERAMOND, *Lauréat de la Faculté de médecine* (à St-Paul, île de la Réunion).

(*Journal des Praticiens*, 5 avril).

BIBLIOGRAPHIE

LA LÈPROSE, PAR LE D^r DOM SAUTON (1).

Le livre du D^r Sauton est un traité complet de la lèpre; cet auteur établit très clairement que la lèpre est une espèce morbide distincte, qu'elle constitue une unité nosologique et que le polymorphisme varié qu'elle présente à l'étude clinique ne constitue pas des espèces différentes, mais se rapporte aux périodes de la maladie, périodes que l'auteur compare à celles de la syphilis.

La *symptomatologie* est exposée très clairement et très complètement. Les médecins français qui n'ont pas souvent l'occasion d'observer des lèpreux, trouveront dans cette symptomatologie des enseignements suffisants pour reconnaître la maladie quand ils auront l'occasion de la rencontrer.

Sans décrire positivement une forme bénigne, le D^r Sauton signale des faits d'arrêt dans la maladie, des rémissions durant jusqu'à vingt années sous l'influence de soins hygiéniques, ces faits constituent des formes frustes comme disait Trousseau.

(1) Naud éditeur, 3, rue Racine.

Dans un chapitre spécial, le Dr Sauton étudie les rapports de la lèpre avec la syringomiélie, la maladie de Morvan, l'aïnhum, la morphée des contemporains, la sclérodermie, la sclérodactylie, la maladie de Raynaud, l'atrophie musculaire progressive Aran-Duchénne et il démontre que si on ne peut contester la nature lèpreuse que revêtent dans bon nombre de cas ces différentes affections, elles peuvent cependant se développer sous l'influence d'autres maladies n'ayant absolument aucun rapport avec la lèpre; et le Dr Sauton conclut, avec un grand sens pathologique, que les états énumérés ci-dessus sont des affections communes à la lèpre et à d'autres maladies; on devra donc dans ces cas compléter le diagnostic à l'aide d'autres lésions lépreuses, éruptions, hypertrophie des nerfs superficiels et surtout la présence du bacille de Hansen.

Nous avons réservé jusqu'ici la question d'étiologie, le moment est venu de l'examiner, nous espérons établir qu'au moins en Europe le mode de transmission de la lèpre presque exclusif est l'hérédité et non la contagion.

Le Dr Sauton, partisan de l'opinion qui regarde la lèpre comme contagieuse, enseigne que l'isolement dans les sanatoriums est le meilleur moyen de lutter contre l'extension de la maladie. Il a tenté d'établir en France dans les Vosges un sanatorium pour y recueillir les lèpreux français, mais juste retour des choses d'ici-bas, les populations voisines encore plus contagionnistes que le docteur ont réussi jusqu'à ce jour à empêcher l'œuvre de haute charité de notre confrère.

M. le Dr Sauton a suivi le courant étiologique contemporain. Hansen ayant démontré l'existence du microbe pathogène de la lèpre, le Dr Sauton en a conclu que cette maladie était contagieuse par son microbe, que la dispo-

sition à la lèpre seule était héréditaire et que la transmission de la maladie de parents aux enfants par le bacille lui-même était impossible.

Remarquons d'abord que cette théorie est, terme pour terme, celle qui est admise aujourd'hui pour la transmissibilité de la tuberculose et j'ajoute tout de suite que l'une est aussi fausse que l'autre.

La lèpre est essentiellement héréditaire, la preuve clinique en a été donnée par Zambaco-pacha. Ce médecin rapporte, en effet, dans son traité de la lèpre, un grand nombre d'observations détaillées relatant le mariage d'un lépreux avec une femme indemne ou réciproquement ayant donné naissance à des enfants lépreux sans que jamais la maladie soit passée d'un conjoint à l'autre. L'histoire des familles dans lesquelles on rencontre soit des lépreux complets, soit des malades présentant la lèpre fruste, familles qui habitent surtout la Bretagne et les Pyrénées constitue encore une preuve de l'hérédité. Cette maladie se transmet, en effet, depuis des siècles dans les mêmes familles. Elle constitue une maladie familiale et, de l'avis même des médecins partisans de la contagion, on ne constate jamais, dans ces cas, la transmission de la maladie même au conjoint.

Quant à l'objection faite à la transmission héréditaire de la lèpre tirée de l'impossibilité de la transmissibilité du bacille dans le sang par le spermatozoïde ou au travers du placenta, cette objection est la même que celle produite contre la transmission du bacille de Koch par la génération.

Les expériences de Gartner ont victorieusement répondu à ces objections ; la transmission du bacille de Koch à travers le placenta de certains animaux, et particulière-

ment à travers celui de la femme, n'est plus à démontrer; il en est de même pour l'existence du bacille dans les spermatozoïdes du cobaye. Du reste, depuis bien des années déjà Pasteur avait démontré la transmission héréditaire, non de la disposition à la pébrine, mais du microbe pathogène. Il avait fondé sur ce fait expérimental, une méthode qui a fait disparaître la pébrine de nos magnaneries.

Le fait est donc acquis aujourd'hui : le microbe lui-même est transmissible et n'enlève ni au spermatozoaire la faculté de féconder, ni à l'ovule celle d'être fécondé. L'exemple de la syphilis où la transmission héréditaire de la maladie du père au fils est incontestable, aurait dû depuis longtemps ouvrir les yeux des médecins sur le mode de transmission héréditaire des maladies infectieuses.

La lèpre est donc héréditaire ; elle-elle contagieuse ?

La lèpre n'est certainement pas transmissible par la contagion *dans notre temps et dans notre pays*. Je ne veux pas appuyer ma démonstration sur les faits beaucoup trop rares qu'on peut observer à Paris, mais j'invoquerai le témoignage d'un médecin qui vit au milieu des lépreux à Constantinople et qui a parcouru le reste de l'Europe pour étudier cette maladie.

Or voici comment s'exprime Zambaco-pacha au sujet de la contagion : « Depuis près de vingt-cinq ans que j'ai en observation et que je suis tacitement toutes les personnes qui ont cohabité ou commercé avec des lépreux, à n'importe quel titre, conjugal même, ma conviction scientifique s'est tellement faite pour la localité où j'exerce, n'ayant jamais observé un seul cas de contagiosité, bien que je la recherche toujours, que je n'hésite plus d'affirmer, au

besoin par des certificats, que je n'ai jamais constaté la transmissibilité de la lèpre par contact (*La lèpre*, par Zambaco-pacha; préface, p. 12).

Cependant, pendant un grand nombre de siècles, en Europe, on n'a pas hésité à considérer la lèpre comme contagieuse, et cette conviction était si grande qu'elle a engendré la séquestration impitoyable de tout individu qu'on accusait d'être atteint de la lèpre.

Ajoutons que cette croyance générale et les mesures d'isolement qui s'y rapportent existent encore aujourd'hui dans les nombreux pays où la lèpre est endémique.

Ce consentement presque unanime des médecins et des populations à considérer, dans certains pays et à certaines époques, la lèpre comme une maladie éminemment contagieuse, a une très grande importance au point de vue étiologique.

Je sais bien que le diagnostic de la lèpre n'a pas toujours été et, en dehors de l'Europe n'est pas encore suffisamment scientifique, et que les léproseries renferment à côté de véritables lépreux, des affections cutanées et en particulier des syphilis, maladie absolument contagieuse; mais, même en supposant les erreurs de diagnostic assez nombreuses, il n'en reste pas moins un grand nombre de lépreux véritables considérés absolument comme contagieux. Ajoutons que dans ces pays on a constaté, quoique très rarement, la transmission de la lèpre aux personnes qui soignent ces malades. Enfin nous devons tenir compte des 53 observations de contagion publiées par le Dr Sauton.

Il est vrai que ces 53 observations concernent presque toutes des malades habitant les pays où la lèpre est endémique. J'ajouterai que 53 observations c'est bien peu pour une maladie aussi fréquente que la lèpre dans les pays intertropicaux.

Dans l'état présent de la question, je crois pouvoir conclure que la lèpre est très certainement héréditaire, mais qu'elle est aussi contagieuse dans les pays où la maladie est restée endémique; que cette contagion n'est possible qu'après une longue cohabitation, dans les agglomérations de malades (sanatorium) et encore dans les pays lépreux.

Cette maladie, dont nous croyons devoir admettre la contagion dans les circonstances énumérées ci-dessus, n'est pas inoculable. Le bacille de Hansen inoculé à l'homme et aux animaux, reste absolument stérile.

Trente-sept fois on a inoculé ce bacille à l'homme et toujours l'inoculation est restée négative (D^r Sauton, *La léprose*, p. 190); cependant on possède une inoculation positive, c'est celle d'Arning, pratiquée sur un condamné à mort nommé Keanu; cet homme consentit à se faire inoculer sous le bénéfice de la grâce qui lui fut faite de sa condamnation à mort. La maladie débuta au bout de deux ans et demi et se généralisa. Ajoutons que Keanu était de famille lépreuse et vivait en plein pays lépreux aux îles Sandwich.

Arrivons maintenant à la question thérapeutique; le D^r Sauton fait précéder l'histoire de la thérapeutique de la lèpre de l'exposé de principes de pathologie et de thérapeutique générale sur lesquels nous reviendrons en terminant. Quant à la thérapeutique spéciale, le D^r Sauton rappelle toutes les méthodes employées jusqu'à lui et il les résume en disant que ces différentes médications ont eu quelques fois une influence heureuse et éphémère, mais qu'on ne saurait leur attribuer, parce que la lèpre présente souvent des rémissions.

Carasquilla a prétendu avoir trouvé le sérum de la lèpre, mais cette découverte est très fortement contestée et l'impossibilité où l'on est jusqu'à présent d'inoculer le bacille de Hansen aux animaux et par conséquent d'avoir un sérum immunisant semble rendre impossible la sérum-thérapie de cette maladie.

Par analogie on a essayé le Jequirity et les préparations antivenimeuses de Calmette sans aucun succès.

Sous le nom de physiothérapie le D^r Sauton étudie l'action de la chaleur, de la lumière, de l'électricité, du massage et de l'hydrothérapie sur la marche de la lèpre et, en somme, ne peut constater que des insuccès.

L'opothérapie pourrait peut-être être tentée, dit toujours notre auteur, à l'aide de la substance nerveuse qui jouit d'une affinité marquée pour le microbe de Hansen ; mais nous n'en sommes ici encore qu'aux points d'interrogation.

En dehors du changement de climat, et d'une alimentation choisi, les différents médicaments et médications préconisés contre la lèpre sont également impuissants, il est inutile d'y insister.

Les doctrines générales de médecine du D^r Sauton doivent maintenant nous arrêter un instant. Nous constatons ici, avec une grande satisfaction, l'identité complète des doctrines médicales de cet auteur et des doctrines de l'*Art Médical*.

En *étiologie* et à propos des maladies infectieuses, le D^r Sauton admet la nécessité de la réceptivité de l'organisme (ce que nous appelons prédisposition définie) pour permettre l'action du microbe. Le fait de l'immunité naturelle lui sert, comme nous, à démontrer la nécessité

du concours de l'organisme. Il conclut : « Deux facteurs sont nécessaires : microbe et réceptivité » (p. 319).

La doctrine thérapeutique du Dr Sauton est une reproduction des enseignements de notre école et nous l'en félicitons vivement. Ce n'est pas banal, en effet, de rencontrer de nos jours des convictions assez fortes pour défendre ouvertement des doctrines si généralement persécutées.

La doctrine thérapeutique du Dr Sauton repose, comme la nôtre, sur cette grande conception hippocratique de la *nature médicatrice* et des deux lois d'indications *contraria contrariis* et *similia similibus*. — La première, avons-nous dit, et répète après nous M. le Dr Sauton, trouve ses applications dans la pathologie externe, dans la prophylaxie et dans la médecine des symptômes. Le docteur Sauton reconnaît comme nous qu'il faut renoncer à tuer le microbe et que la loi des contraires ne peut pas s'appliquer au traitement des maladies infectieuses. Il remarque encore, comme nous l'avons fait dans notre pathologie générale, que le contraire de la maladie est l'absence de cette maladie, la santé, que c'est le but à atteindre et non le moyen à employer pour l'obtenir.

La loi des semblables a été, remarque avec raison le Dr Sauton, formulée par Hyppocrate, Paracelse et l'illustre Pasteur, sans oublier Hahnemann. Répétons avec le Dr Sauton : « quelle que soit son apparence paradoxale, la loi des semblable sa fait ses preuves sur le terrain expérimental (1). »

Dr P. JOUSSET.

(1) Consulter dans notre *Pathologie générale Etiologie* p. 142 à 150, *doctrine thérapeutique*, p. 178 à 186.

VARIÉTÉS

La doctrine de l'espèce et l'origine du langage.

RÉFUTATION DU TRANSFORMISME ET DE LA THÉORIE CELLULAIRE

A propos du livre de M. Topinard « Science et foi » (1).

M. le Dr Topinard, dans un livre qui a pour titre l'« *Anthropologie et la science sociale* » et comme sous-titre *Science et foi*, essaye une nouvelle démonstration du matérialisme moderne.

Cet essai n'est que la répétition de bien des tentatives analogues qui se sont succédé depuis Darwin et Virchow ; il a le mérite d'être l'un des derniers en date et le désavantage d'être l'un des plus faibles. Expositions confuses de doctrines, dans lesquelles on devine l'influence du panthéisme de Paul Carus, et celle, plus néfaste encore, du matérialisme de Spencer ; affirmation de l'évolution progressive de la cellule primitive jusqu'à l'homme ; démonstrations empruntées pour la plupart aux légendes du temps d'Hérodote et aux racontars de voyageurs sans autorité scientifique ; incursions aussi malheureuses qu'incompétentes sur le terrain de la métaphysique, du socialisme et de la politique ; tel est ce livre, dont, à l'exception de quelques pages d'anthropologie spéciale, il ne reste rien à retenir.

Si nous ajoutons que l'auteur exprime pour les doctrines spiritualistes et pour ceux qui les défendent une bienveillance dérisoire ; et consent, du haut de son piédestal

(1) Vol. in-8° chez Masson.

scientifique, à leur accorder *des circonstances atténuantes*, on aura une idée complète du livre de M. Topinard.

Notre première impression avait été de garder le silence sur ce livre. Mais comme il se rattache à un ensemble de publications inspiré par le dessein d'établir le matérialisme sur des bases scientifiques ; que, de plus, les faits considérables réunis par le labeur incessant des paléontologistes et des naturalistes, ajoutés aux connaissances biologiques sur lesquelles on a édifié la théorie cellulaire, constituent une véritable force, à l'aide de laquelle on essaye de battre en brèche la doctrine spiritualiste ; il nous a semblé utile d'accepter la lutte et de reprendre, à propos de ce livre, les questions toujours si controversées du transformisme et de la théorie cellulaire.

Dans une première partie nous exposerons du point de vue matérialiste, l'évolution du monde organisé et le rôle de la théorie cellulaire ; puis, dans une deuxième partie, nous discuterons cette doctrine et nous en démontrerons la fausseté.

I. — *Evolution et théorie cellulaire au point de vue matérialiste.*

Au commencement était la cellule. « Cette cellule n'avait ni esprit recteur, ni archée, ni âme qui la gouverne et ne relevait que d'elle-même » (Virchow). Cependant la cellule avait la vie en puissance ; et sous l'action des causes physico-chimiques, trois fonctions se développèrent en elle : la nutrition, la respiration et la reproduction.

La cellule qui se compose essentiellement d'un protoplasma et d'un noyau se reproduit suivant deux modes. Dans le premier mode, le seul connu autrefois, la cellule et le noyau se séparent simultanément en deux parties

égales ; c'est la division directe, l'*amitose* de Reinack. Dans un autre mode, de génération plus complexé, le travail s'opère en deux temps. Sous l'impulsion de deux sphères directrices (*centrosomes*) le noyau s'oriente et se divise ; puis le plasma se divise à son tour. Ce travail, que nous n'avons point à décrire ici, se termine, comme le premier, par la formation de deux cellules semblables. Ce mode s'appelle *kariokinèse* ou *mitose*.

Non seulement les cellules se multiplient, mais elles se réunissent, forment des agglomérations et constituent des êtres de plus en plus complexes ; puis, en vertu de cet axiome que la fonction fait l'*organe* (1), la partie externe de la cellule s'adapte à la fonction respiratoire et la partie interne à l'acte digestif. Sous l'impulsion de ce que Virchow appelle l'*irritabilité de nutrition*, la complexité et le perfectionnement des êtres s'accroissent de plus en plus et le monde vivant tout entier, avec ses harmonies, procède ainsi de la cellule.

Mais en même temps que les organismes se sont perfec-

(1) Cet axiome « la fonction fait l'organe » a été créé par l'école matérialiste précisément pour remplacer ce que Virchow appelle l'âme et l'esprit recteur. On peut objecter d'abord que comme la fonction ne peut exister sans organes, il est absurde d'enseigner qu'une fonction qui n'existe pas puisse engendrer quelque chose. Ce qui est vrai, c'est que la fonction développe et fortifie l'organe comme l'absence de fonction détruit plus ou moins l'organe devenu inutile. Les poissons qui habitent à une grande profondeur ou dans des eaux absolument obscures ne peuvent exercer la fonction de la vue, aussi l'organe s'atrophie plus ou moins complètement. Si certains hommes privés de mains se servent de leur pied pour écrire ou peindre, il n'y a que perfectionnement d'un organe déjà existant et non création d'un organe nouveau.

tionnés, le mode de multiplication primitif a progressé aussi ; la génération est devenue bisexuelle, mais dans ce nouveau mode de reproduction comme dans le premier le produit est toujours identique au producteur ; et Darwin était trop grand naturaliste pour avoir méconnu cette grande loi de l'espèce. Mais alors comment s'est opérée la transformation des espèces si cette transformation ne s'est pas faite par génération ?

La transformation d'une espèce en une autre, l'évolution du plus imparfait vers le plus parfait s'opère par la perfection de l'individu, résultat de la *lutte pour la vie* ; et par la transmission héréditaire de ces perfections, à l'aide de la *sélection naturelle*. Ces transformations se sont faites par des progrès insensibles et ont nécessité des millions de siècles. Elles sont arrivées enfin d'échelon en échelon à produire le singe anthropomorphe, puis l'homme muet qui en diffère bien peu ! Cet homme muet, par un effort de son intelligence, a transformé le langage des signes et des interjections en langage articulé, il est passé de l'état sauvage à l'état civilisé, de la famille à la tribu, puis à la nation ; du fétichisme au polythéisme, puis du polythéisme au monothéisme, et ainsi se trouva constitué l'homme civilisé de nos sociétés modernes.

II. — *Critique de la doctrine matérialiste de l'évolution et de la théorie cellulaire.*

Nous retiendrons de cette exposition le problème de l'origine de la cellule ; celui de l'évolution et de la transformation des espèces ; et enfin celui du langage et de son origine. Les doctrines exposées par M. Topinard ont été réfutées depuis longtemps, nous-même avons présenté plusieurs fois la critique du transformisme ; nous ne

voulons donc pas. revenir à nouveau sur des questions suffisamment étudiées et nous bornerons notre examen aux trois points que nous venons de signaler. En effet, malgré les efforts de la critique, on peut dire que la solution de ces questions n'a pas encore été présentée sous une forme assez convaincante pour que cette solution ait entraîné l'assentiment général.

1° *Origine de la cellule.* — A l'exemple de Virchow un certain nombre de savants, ayant accepté sans restriction la théorie cellulaire, ne s'occupent en aucune façon de l'origine de la cellule. La cellule vient de la cellule *cellula a cellula*, et c'est tout. Beaucoup d'autres cherchent, au contraire, la solution du problème de l'origine de la cellule. Les uns enseignent qu'il n'existe qu'une seule substance ; qu'il n'y a aucune différence entre le monde inorganique et le monde organique et que le cristal est l'origine de la cellule ; ce sont les *Monistes*. D'autres pensent que les premiers germes organiques peuvent bien avoir été apportés par un aérolithe ; et Hæckel va jusqu'à supposer que la génération spontanée, impossible aujourd'hui, avait pu cependant exister, quand les forces physiques et chimiques de la nature jouissaient d'une plus grande puissance.

En métaphysique on résout la doctrine de l'origine par la *nécessité d'un premier moteur immobile*. Ce mode de démonstration est certainement de beaucoup le plus puissant ; cependant, nous le laisserons absolument de côté pour deux raisons : l'une, c'est qu'à l'exception d'une très petite minorité, les savants actuels ont perdu le sens de la langue métaphysique et que les arguments empruntés à cette science sont nuls pour eux ; la deuxième

raison, qui me porte à choisir un autre mode de démonstration, est toute personnelle : les sciences que je cultive m'ont familiarisé avec la méthode expérimentale ; c'est la seule que nous voulons employer pour démontrer l'origine de la cellule.

L'observation nous permet de constater deux faits : le premier c'est que le globe terrestre ayant été pendant des millions d'années à l'état de fusion, constituait un milieu absolument stérile. Le deuxième fait, c'est qu'aujourd'hui le même globe terrestre est peuplé de corps organisés. Comment expliquer la présence de corps organisés, dans un milieu absolument stérile ? Voilà toute la question.

L'explication *Moniste* n'est qu'une hypothèse, que personne n'a jamais essayé de démontrer. Jamais on n'a observé la transformation d'un cristal en cellule vivante, et nous attendons que des savants appartenant à l'école moniste aient institué des expériences dans ce but. Nous avons donc le droit de dire que l'explication de la cellule par la transformation du cristal est et reste une hypothèse ; et nous passons outre. Inutile encore de nous arrêter aux puérilités de ce lord anglais auquel il ne *déplairait pas de croire* que les germes de la cellule organisée aient été apportés par un aérolithe.

Quant à la supposition de Hæckel, qu'il y a des millions de siècles les forces physiques et chimiques avaient le pouvoir de faire ce qu'elles ne peuvent faire aujourd'hui, c'est une pure assertion, sans un commencement de preuves ; et qui a contre elle la connaissance expérimentale des lois de la physique et de la chimie, connaissance qui démontre que ces lois sont invariables.

Pasteur a donné la véritable démonstration expérimentale de l'origine de la vie dans un milieu stérile. Prenez

un flacon rempli d'un liquide quelconque, fermez-le par un bouchon de ouate, mettez-le à l'autoclave le temps nécessaire pour le stériliser, et jamais aucun être organisé ne se développera dans ce milieu. Les milliers de siècles n'y feront rien ; aucune cellule ne se développera dans ce milieu stérilisé.

Mais retirez le bouchon de ouate pendant quelques minutes, aussitôt les germes envahiront le flacon et en quelques heures les êtres inférieurs y pulluleront. Appliquez cette expérience bien simple à l'origine de la cellule organique sur le globe terrestre et la conclusion s'imposera fatalement. Aucun germe n'existant sur le globe terrestre absolument stérilisé, la génération spontanée étant impossible, la première cellule ne peut qu'avoir été créée.

Grâce donc à Pasteur, la démonstration de la nécessité de la création a maintenant la force et la simplicité d'une expérience de laboratoire.

2° *Evolution et espèce.* — L'étude de la paléontologie et de l'histoire naturelle nous enseigne que les êtres organisés se succèdent dans la nature suivant une série progressive presque régulière, constituant une chaîne ininterrompue de la monère à l'homme ; ce fait, les scolastiques, comme Darwin, l'expriment par cet axiome « *natura nunquam fecit saltus* ». Il est donc certain que les êtres organisés sont soumis à une loi d'évolution progressive ; mais la divergence des savants commence quand il faut décider si ces êtres qui se succèdent de si près sont néanmoins absolument et constamment distincts, de manière à constituer des espèces, ou si, au contraire, ils se transforment les uns dans les autres ; en sorte que

l'homme ne serait que l'épanouissement de la monère à travers les siècles.

Nous l'avons déjà dit, Darwin et les transformistes n'ont jamais soutenu que le changement d'une espèce en une autre puisse être le résultat de générations successives. Ils enseignent que la transformation des espèces s'opère par le mécanisme suivant : la *lutte pour la vie* assurerait dans chaque espèce la prééminence des individus les mieux doués ; et, la *sélection naturelle* intervenant, ces individus seraient seuls à propager leur race ; et, par des progrès insensibles, continués pendant des milliers de siècles, arriveraient à constituer des espèces nouvelles. Cette théorie repose donc sur deux hypothèses :

La première c'est que les plus perfectionnés dans chaque espèce seuls se reproduisent.

Et la seconde, c'est que la sélection naturelle conserve ces variétés de plus en plus parfaites ; d'où naissent, avec le temps, des espèces nouvelles.

Nous ne rappellerons pas les histoires puériles rapportées par Darwin et ses élèves à l'appui de ces hypothèses, *vrais contes de la mère l'oie*, qui ont la prétention de faire comprendre comment à force d'allonger le cou pour brouter les feuilles des arbres l'antilope est devenue girafe, et comment à force d'indigestion un solipède s'est changé en ruminant (1).

Nous traiterons sérieusement une question sérieuse, et comme en somme toute la théorie transformiste repose sur l'hypothèse de la sélection naturelle, c'est sur ce point que nous allons porter la discussion.

(1) V. DARWIN, p. 240, traduct. de Barbie.

La sélection naturelle ! Qui a jamais observé dans les forêts et dans les déserts son mécanisme et ses conditions ? Par contre, nous connaissons parfaitement la *sélection artificielle*, à laquelle Darwin a emprunté sa théorie.

La sélection artificielle, pratiquée par les éleveurs et les agriculteurs, est assez puissante pour produire des *variétés* et des *mulets* ; mais elle n'a jamais produit d'espèce, dans le sens rigoureux de ce mot.

Qu'est-ce donc que l'espèce ?

En philosophie, l'espèce se définit ce qui est immuable dans le temps et dans l'espace. En histoire naturelle, et c'est la définition que nous retiendrons, on dit que deux êtres sont de même espèce quand ils donnent naissance à des produits féconds. Dans le fond, les deux définitions se ressemblent ; car la condition de donner naissance à des produits féconds assure la perpétuité de l'espèce dans le temps et dans l'espace.

En dehors de l'influence de l'homme, depuis les temps historiques, les espèces se sont propagées suivant cette définition : et les changements, peu nombreux du reste, observés chez les individus tiennent pour la plupart à des influences de milieux, et ne constituent que des variétés, puisque ces individus peuvent s'unir et donner naissance à des produits féconds.

Depuis les temps historiques aussi, l'homme s'est attaché à modifier les espèces animales et végétales, afin de les rendre plus parfaites ou, plutôt, mieux appropriées à ses besoins et à ses goûts. La méthode employée par l'industrie humaine pour modifier les espèces animales a pris le nom de *sélection* ; elle consiste à choisir les générateurs

qui présentent accidentellement la variété qu'on veut reproduire et à conserver, par l'isolement, les produits ainsi obtenus. C'est ainsi que pour créer la race des moutons mérinos, on a choisi dans les troupeaux des béliers et des brebis dont la toison était à la fois plus fine et plus fournie ; et que, choisissant dans leur descendance des reproducteurs chez lesquels cette qualité de la laine était le plus accusée, on est arrivé à constituer la variété du mouton mérinos. On pourrait répéter ces exemples pour les races de bœufs, de chevaux, de chiens, etc.

Mais il ne suffit pas de choisir les générateurs, il faut ensuite séparer avec soin les produits nouveaux afin qu'une union malheureuse ne vienne point compromettre ce qui est déjà acquis.

Ainsi pour modifier les espèces animales et végétales deux conditions sont absolument nécessaires, le choix intelligent des reproducteurs et l'isolement absolu des produits. En sorte que, on ne sait ce qu'on doit le plus admirer ou de l'illuminisme des maîtres qui enseignent l'existence d'une sélection naturelle, ou de la naïveté des savants qui ajoutent foi à de semblables romans.

L'histoire naturelle relève-t-elle, oui ou non, de la méthode expérimentale ? Si cette proposition est incontestable, est-il nécessaire de rappeler que pour qu'une expérience soit probante il faut la répéter dans les mêmes conditions. Or, peut-on dire qu'il soit possible de répéter dans la nature la sélection artificielle et qu'il existe une sélection naturelle ? Non, mille fois non.

Comment comprendre que dans la nature, ou plutôt en dehors de l'influence de l'homme, il existe un agent in-

telligent pour choisir des reproducteurs, et des gardiens incorruptibles pour isoler les produits. J'ai honte, en vérité, de rappeler les moyens imaginés par Darwin pour isoler les produits de la prétendue sélection : les plus communs sont des cataclysmes constituant des îles, où peuvent vivre et se reproduire en paix, ces nouveaux chaînons d'une espèce nouvelle !

Soyons donc dignes du nom de savant, n'admettons que les choses positives, démontrées par des expériences bien faites ; affirmons que la sélection naturelle n'est que le produit d'une imagination déréglée, et concluons que le transformisme n'a pas de bases scientifiques.

Mais l'étude des produits de la sélection artificielle, et surtout l'insuccès des expériences directes, entreprises pour créer des espèces nouvelles, à l'aide de cette sélection, nous apporte une preuve indirecte de l'immutabilité des espèces.

Nous l'avons dit, la sélection artificielle crée des variétés et des hybrides.

Les variétés animales et végétales créées par le génie de l'homme sont extrêmement nombreuses, et constituées par des races qui s'éloignent plus ou moins du type, de l'espèce, mais qui cependant y restent rattachées par leur nature, puisque toutes ces variétés peuvent s'unir entre elles et donner naissance à des produits féconds. Nous nous bornerons à un seul exemple parce que c'est le plus probant. C'est l'histoire des variétés de pigeons dues à la sélection artificielle.

Darwin a bien étudié cette question, et il a démontré que d'une seule espèce, le *bizet*, la sélection artificielle, commencée à l'origine des temps historiques, a produit

des races qui non seulement diffèrent par le plumage et les habitudes, par la forme de la tête et du bec, par le nombre des plumes de la queue, mais encore par le squelette lui-même ; puisque certaines variétés présentent des différences dans le nombre des vertèbres et des côtes. Cependant toutes ces variétés sont fécondes entre elles, et donnent naissance à des produits féconds ; et l'atavisme vient encore affirmer la conservation de l'espèce en reproduisant, de temps à autre, quelques-uns des caractères de l'espèce primitive, la couleur des plumes par exemple.

Quant aux hybrides, de deux choses l'une, ou ils sont inféconds comme le mulet né de l'âne et de la jument ; ou s'ils gardent une fécondité, ils retournent rapidement à l'une des espèces primitives. En sorte que, si la sélection artificielle est assez puissante pour créer un organisme ayant tous les caractères d'une espèce nouvelle, cette espèce est transitoire, puisque les hybrides sont inféconds ; ou que, s'ils sont féconds, les produits reviennent à l'espèce primitive. Nous citerons un exemple qui constitue une véritable expérience : c'est celle du *léporide*. L'union du lièvre et de la femelle du lapin est féconde ; elle donne naissance à un produit qui diffère à la fois des deux générateurs. Les individus de cette nouvelle race sont féconds entre eux ; mais si on ne fait pas intervenir le lièvre, à la troisième génération les produits sont retournés complètement au type du lapin.

Concluons donc que si la sélection artificielle, malgré les perfectionnements de sa technique, ne peut arriver à créer une espèce durable, il est impossible d'admettre que les animaux et les végétaux à l'état sauvage, par conséquent privés d'une direction intelligente qui règle leur repro-

duction, soient arrivés à constituer des espèces nouvelles. La *transformisma* qui repose uniquement sur la *lutte pour l'existence* et la *sélection naturelle* est donc une doctrine fausse.

(à suivre).

D^r P. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Vient de paraître

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, Paris.

CONSTITUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE

PAR M. LE D^r P. JOUSSET

Un vol. in-8°. — Prix 2 fr.

Typographie. A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

AOUT 1902

THÉRAPEUTIQUE

DE QUELQUES COMPLICATIONS OCULAIRES DES SINUSITES, TRAITÉES
ET GUÉRIES SANS INTERVENTION CHIRURGICALE

Comme la langue d'Esope, la spécialisation en médecine est à la fois une très bonne et une très mauvaise chose, mais il est rare que le bien ne l'emporte pas sur le mal, et quels que soient les inconvénients d'une sélection souvent trop exclusive, on peut dire, d'une façon générale, que les progrès sérieux réalisés en pathologie tiennent le plus souvent à la concentration des études approfondies par des spécialistes, études dont le résultat se fait sentir non seulement dans leur propre domaine, mais encore dans les branches connexes. C'est ainsi que les travaux entrepris par les auristes sur les sinusites faciales ont rapidement amené des échanges de vue entre eux et les ophtalmologistes, et que nombre d'affections oculaires, dont l'étiologie était jusqu'alors demeurée très obscure, se sont élucidées comme à miracle et ont permis des interventions qui, pour ne pas intéresser à proprement parler le territoire de l'œil, n'en ont pas moins déterminé de très

rapides améliorations, et souvent même des guérisons dans les affections de cet organe.

La question des sinusites comme cause primordiale d'altérations oculaires ou orbitaires remonte, en réalité, à la communication si intéressante que fit Panas en 1890.

Mais, depuis cette époque, que de chemin parcouru, et comme chaque jour amène de nouvelles découvertes ! Je n'ai pas la prétention d'ajouter des faits bien nouveaux à ceux qui sont actuellement connus, les observations dont j'ai dessein de vous entretenir constituent des cas en quelque sorte classiques aujourd'hui. Seulement, alors que la Société française d'ophtalmologie s'est occupée de la question, l'envisageant sous un angle, sinon exclusivement, du moins en grande partie chirurgical, je voudrais, moi, montrer par quelques exemples, malheureusement encore trop peu nombreux, de quelles ressources est le traitement médical et homœopathique dans les sinusites faciales et leurs complications oculaires.

Qu'on ne croie pas toutefois que je sois un adversaire systématique de la chirurgie : loin de moi semblable prétention, qui serait tout simplement absurde. Il est, je le reconnais, des cas d'empyèmes étendus où les délabrements des sinus sont tels qu'il est de toute nécessité d'évacuer le pus par une opération ; mais, à côté de ces cas extrêmes, il en est d'autres, et c'est ceux-là que j'ai en vue dans ce travail, qui amènent par infection inflammatoire propagée ou action nerveuse réflexe, des accidents oculaires où l'intervention médicale suffit à ramener tout dans l'ordre. Or, comme je le disais récemment, « la conservation aussi complète que possible de ce qui constitue notre enveloppe charnelle doit être le but primordial et constant de tous les médecins en général et des oculistes en particulier,

puisque l'organe auquel ils donnent leurs soins est d'une utilité si incontestable, que le vulgaire n'a rien trouvé de mieux pour définir l'intérêt porté à quelque chose de cher, que de déclarer qu'il y tient « comme à la prune de ses yeux ».

Une réaction d'ailleurs tend à se produire à l'encontre des interventions chirurgicales dont la nécessité ne semble plus aussi évidente.

Le Dr Terson, au Congrès de 1902, avoue, entre autres cas, qu'il a vu chez un homme de lettres une sinusite maxillaire *suraiguë* provoquer un violent larmoiement pendant plusieurs années. Le malade refusa l'opération de la sinusite à un rhinologiste et sinusite et larmoiement guérirent spontanément peu à peu, comme on en observe des cas et sans aucune récurrence.

« J'ai vu également — ajoute-t-il — des névralgies unilatérales du trijumeau avec asthénopie unilatérale attribuables à des sinusites frontales latentes et durant depuis des années. »

Ajoutons que l'on commence également à faire le procès des opérations quand même et les succès opératoires sont déjà assez fréquents, depuis le cas publié par Panas en 1895 où le malade mourut brusquement, alors qu'il était opéré depuis plusieurs semaines et en bon état apparent.

Cela dit, j'aborde sans plus tarder la courte série d'observations recueillies dans ma pratique durant ces dernières années.

OBSERVATION I. — Le 5 mai 1901. Mme S** m'est amenée par son mari, pour une iridochoroïdite de l'œil gauche, datant de trois mois déjà et qui a déjà été traitée par plusieurs oculistes.

Pour les uns, l'affection est rhumatismale, pour les autres, de nature spécifique et j'avoue qu'au début, étant donné les antécédents nettement arthritiques de la malade, j'incline à penser qu'il s'agit là d'une complication oculaire du rhumatisme. La chose semble d'ailleurs d'autant plus probable que les accidents oculaires subissent de temps à autres des variations qui paraissent être sous la dépendance de changements climatiques.

A l'éclairage oblique, on constate que la chambre antérieure est claire et que l'ouverture pupillaire est libre de tout exsudat.

La pupille, un peu paresseuse aux incitations lumineuses et accommodatives, se dilate facilement et complètement sous l'influence de l'atropine, mais son tissu est altéré, épaissi; la couleur de l'iris (bleu clair, sur l'œil sain) est verdâtre sur l'œil malade, à l'ophtalmoscope plan, on aperçoit un trouble diffus et généralisé du vitricum, si accusé que l'examen des membranes profondes est à peine possible. Il ne semble pas toutefois qu'il y ait d'altérations graves, telles qu'atrophie papillaire ou hémorrhagies de la rétine.

La tension du globe est un peu inférieure à la normale.

L'acuité visuelle est de $1/15$ tandis qu'à droite elle est de $2/3$.

Le cristallin ne présente aucune opacification.

Je prescris hydrarg. cyanid. 6° et lachesis 12° alternés pendant huit jours.

Le 12 mars, la malade revient me voir. Elle n'est nullement améliorée et même elle accuse des douleurs névralgiques qu'elle attribue à ses dents et qui, de la mâchoire, s'irradient jusqu'à l'œil.

Je constate d'ailleurs que ce dernier organe est un peu

hyperemié. Il craint davantage la lumière et est plus larmoyant.

J'examine plus attentivement la malade, je remarque que la joue gauche est légèrement tuméfiée. La pression y détermine de la douleur, notamment au niveau de la fosse canine. Je regarde les dents qui sont toutes absolument saines.

J'interroge alors la malade et m'enquiers si lorsqu'elle baisse la tête il se produit un écoulement anormal de liquide par le nez. La réponse est affirmative, et séance tenante je puis m'assurer de la chose; le liquide sécrété est épais, jaunâtre, non purulent, légèrement poisseux et tache le mouchoir à la façon de l'empois.

Cet écoulement est d'odeur fade, mais non nauséabond. La malade dit avoir l'impression d'une odeur très désagréable.

L'idée d'une sinusite se fortifiant, je demande à la malade d'aller voir un spécialiste et de me rapporter son diagnostic.

A la clinique de Luc, où elle s'adresse, l'éclairage électrique intrabuccal permet de découvrir à gauche une sinusite maxillaire en voie d'évolution.

On lui propose une opération qu'elle refuse et revient me trouver. Etant donné l'état du système dentaire, je reprends mes recherches du côté nasal et j'apprends que la malade a eu à différentes reprises des rhinites très violentes avec écoulement muco-purulent.

Nul doute dès lors que la sinusite ne soit une conséquence de ces affections nasales récidivantes et ne soit en même temps aggravée par l'état arthritique de la patiente.

Dans ces conditions, je recommande de grands lavages intra-nasaux avec la solution suivante :

Ledum palustre. (T. M.) XXV gouttes
 Eucalypt. glob. (T. M.) XX —
 Aqua simplex 30 grammes

puis je donne à l'intérieur silicea 30°, alterné avec colocythis 12°.

Au bout de huit jours la malade revient améliorée; les douleurs de la face ont diminué d'une façon sensible.

Je prescris encore silicea 30° et cedron 6°.

Huit jours après, cessation de toutes douleurs. L'état de l'œil semble être le même. Néanmoins la malade dit y voir un peu plus clair; et en effet, après examen, je trouve que l'acuité visuelle = $1/12^\circ$.

Je prescris alors silicea 30° et aurum 30° pendant quinze jours.

Lorsque la malade revient, tout écoulement nasal a disparu; le gonflement et la douleur n'existent plus.

Quant à la vision, elle est de $1/10$ et l'ophtalmoscope montre une diminution sensible dans le trouble du corps vitré.

Je reviens alors à hydrarg. cyan. 6° que je fais continuer seul durant trois semaines, $S = 1/4$.

Même traitement durant un mois, $S = 1/2$.

Au bout de ce temps je cesse de voir la malade qui est forcée de quitter Paris, mais je continue à avoir de ses nouvelles, et un an après environ, une de ses parentes qui était venue me voir m'assure qu'elle est complètement guérie et qu'elle voit aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit.

Obs. II. — M. le comte de V... 40 ans, vient à ma con-

sultation le 3 novembre 1897 pour un trouble de la vue dont le début remonte à plusieurs mois déjà et qui le préoccupe d'autant plus, qu'il a déjà vu plusieurs oculistes tant en France qu'à l'Etranger et que tous, après avoir diagnostiqué au commencement d'atrophie papillaire (de causes diverses d'ailleurs) ont porté sur l'affection un pronostic très sérieux.

Je constate, en effet, une décoloration très accusée des deux papilles, surtout du côté droit qui est d'un blanc éclatant.

Aucune suffusion péripapillaire, les artères semblent un peu grêles par rapport au calibre des veines qui cependant ne sont ni ampullaires ni flexueuses. Aucun raptus hémorrhagique ni au niveau de la papille, ni dans les régions périphériques qui, du reste paraissent entièrement saines. Tous les milieux sont sains et transparents; pas d'opacités cristalliniennes.

L'iris, normal des deux côtés, réagit bien tant aux incitations lumineuses qu'à l'accommodation. La cornée également est saine.

La tension est normale.

L'examen de la réfraction dénote une légère hypermétropie; + 0,75 dioptrie sur l'œil gauche; + 1,25 dioptrie, sur l'œil droit. Acuité visuelle à distance = $\frac{1}{10}$ à droite et $\frac{1}{8}$, à gauche.

Le champ visuel est légèrement rétréci, mais d'une façon concentrique et sans scotomes. La perception des couleurs est normale, même pour le vert qui est seulement vu un peu plus terne.

Le malade assure que jusqu'à ces derniers temps il a toujours joui d'une très bonne vue, sauf pendant une année, passée en Norvège, où à la suite de coryzas très

pénibles il a eu une diminution assez considérable de la vue, qui du reste s'est rétablie peu à peu et complètement dès son retour en France.

A ce moment il n'a vu aucun spécialiste, et s'est borné à faire soigner ses coryzas.

J'interroge le malade pour savoir s'il n'y aurait pas de tabès dorsalis ou de syphilis. Après un examen aussi minutieux et aussi approfondi qu'il est possible de le faire, je suis forcé d'exclure l'hypothèse de ces deux maladies.

Du reste la santé générale a toujours été bonne, et la seule affection paraît avoir été le coryza survenant à divers intervalles et s'accompagnant, paraît-il, de phénomènes très douloureux dans la région nasale, et même souvent dans toute la face.

Malgré l'absence apparente de tous symptômes syphilitiques ou tabétiques, j'étais tenté de porter un pronostic grave lorsque trois ou quatre jours après sa première visite, M. de V... me fit appeler.

Le 7 novembre, il avait été repris de ce qu'il appelait son coryza, écoulement nasal qui, comme toujours, s'accompagne de fièvre, de douleurs vives, et de gonflement de la région orbito-malaire. Ajoutons (détail qui ne m'avait pas encore été donné) que le malade était poursuivi par une odeur nauséabonde se manifestant principalement lorsqu'il baissait la tête ou lorsqu'il se mouchait.

Je demandai à voir ses mouchoirs et ne fus pas peu surpris de le voir presque entièrement taché par un liquide gris jaunâtre visqueux, qui, dans les parties où il avait séché, s'entourait d'une aréole nettement délimitée et donnait au doigt la consistance d'un linge fortement empesé.

De l'odeur putride accusée par le malade, je ne trouvais

nulle trace appréciable. Le liquide excrété avait seulement l'odeur fade des liquides muco-purulents.

Je palpai la région malaire et sous-orbitaire qui était manifestement empâtée et qui à la pression, même légère, provoquait une sensation très nettement douloureuse.

Je pensai de suite à une sinusite et envoyai le malade au D^r Gapin, qui diagnostiqua une polysinusite à la période aiguë et qui proposa d'évider les cavités et de les curetter, opération que M. de V... refusa systématiquement, malgré que je lui eusse conseillé de se la laisser faire.

Devant son entêtement, force me fut de céder et je prescrivis silicea 30° et lachésis 12° pendant deux jours, en même temps que je recommandais au malade, autant que faire se pourrait, de se moucher fort et d'aspirer l'air par ses cavités nasales. Concurrément je faisais appliquer sur les régions douloureuses des cataplasmes tièdes de fécule de pomme de terre arrosés de quelques gouttes d'*hypericum perforat* (T. M.).

Le 10 novembre, M. de V... revient à mon cabinet; la douleur persiste, mais le gonflement et la sécrétion ont un peu diminué. L'état de l'œil est exactement le même.

Je prescrivis corros. hyd. 6° et silicea 30° alternés pendant 4 jours, recommandant au malade de revenir me voir au bout de ce laps de temps.

Le 15 novembre, la sécrétion a diminué considérablement et le malade ne souffre plus, à peine ressent-il un léger empatement de la région.

Il me dit en outre que sa vue lui semble meilleure.

Je le place en face du tableau de Wecker et constate non sans surprise que, l'hypermétropie corrigée, l'acuité visuelle est remontée à 1/6 à droite et à près de 1/3 à gauche.

A l'ophtalmoscope je ne remarque aucun changement dans la coloration des papilles qui sont toujours extrêmement blanchâtres ; néanmoins l'augmentation de l'acuité visuelle est là indéniable et comme il y a lieu d'espérer qu'elle ne s'arrêtera pas là. Pour accélérer la restauration des fibres nerveuses, je conseille au malade des électrisations par les courants continus.

Mais hahnemannien fervent, M. de V... n'admet que la médication interne et il a eu bien du mal à accepter les cataplasmes qu'il considérerait comme une hérésie.

Nous nous bornons donc au traitement interne et pour activer la régénération des nerfs, je fais alterner platina 12° et calca. phosph. 6°.

Le traitement est poursuivi 8 jours durant ; au bout de ce temps l'acuité visuelle est devenue $\frac{1}{4}$ à droite, $\frac{1}{2}$ à gauche ; les papilles sont toujours aussi blanchâtres mais le calibre des artères semble plus grand qu'au début.

Je prescris aurum 30° alterné avec platina 18°. Traitement qui est suivi d'une façon régulière pendant trois semaines ; au bout de ce temps le malade ne mouche plus de liquide sinusien.

Il ne souffre plus du tout dans la région molaire et deux spécialistes auxquels, sur mon conseil, il va se faire voir déclarent qu'il ne leur est pas possible de retrouver trace de sinusite aiguë. Chose bizarre, les papilles sont restées blanchâtres, quoique à un degré moindre qu'au début, et l'acuité visuelle est remontée à $\frac{1}{2}$ à droite et $\frac{2}{3}$ à gauche.

A ce moment le malade, forcé de retourner en Norvège où l'appellent des intérêts de famille me quitte et depuis je ne l'ai pas revu.

A ces deux observations je pourrais en ajouter une troisième, c'est la mienne.

Atteint de sinusite confirmée successivement par les docteurs Gapin, Martin, et Dautan j'ai de temps à autre des poussées aiguës que naturellement, je traite dès le début par une médication appropriée où le mercure sous ses diverses formes me réussit généralement soit, seul soit associé à la silice.

A deux reprises différentes, à quelques années de distance, la poussée aiguë s'accompagne de congestion oculaire avec mouches volantes, trouble nuageux à la grande lumière et photophobie très accentuée.

Or non seulement les symptômes oculaires, mais les symptômes sinusitiques ont toujours, jusqu'à présent du moins, cédé complètement et très rapidement aux médications purement homœopathiques ce qui tendrait une fois de plus à prouver que les sinusites même aiguës ne sont pas toujours aussi graves que voudraient le faire entendre les oculistes et les laryngologistes. Suivant la plupart d'entre eux, toute sinusite aigue nécessiterait un traitement chirurgical.

Dans de nombreux cas de ma pratique il m'a été donné de voir des malades où les sinusites aiguës avaient évolué sans amener d'accidents graves et avaient guéri sans opération. Je crois donc qu'il y a lieu de se garder des exagérations d'une école qui ne rêve qu'intervention chirurgicale, même lorsque l'indication n'en existe pas, et j'estime qu'en pareil cas on devra, tout en surveillant de près les malades, recourir d'abord au traitement interne qui souvent suffirait à amener une détente et une disparition des symptômes.

D^r D. PARENTEAU.

MATIÈRE MÉDICALE

TREMBLEMENT CHLORALIQUE DES MUSCLES DE LA FACE ET DES MEMBRES RAPPELANT CELUI DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

MM. Ballet et Delherm ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux (1) une observation très intéressante d'empoisonnement chronique par le chloral ayant produit des symptômes rappelant ceux de la paralysie générale.

Nous reproduirons d'abord cette communication que nous ferons suivre de quelques réflexions.

La malade que voici est entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 avril. Elle présentait à ce moment une sorte d'obnubilation intellectuelle avec tremblement très accusé de la langue et des lèvres, si bien qu'on a pu penser un instant qu'on était en présence d'une paralytique générale. Mais après vingt-quatre heures de repos dans le service, le diagnostic s'est éclairci et il a été facile de reconnaître que l'on avait affaire à une malade intoxiquée par le chloral. Les phénomènes d'obnubilation cérébrale se sont rapidement dissipés, mais le tremblement a persisté et nous avons pensé qu'il était intéressant de vous montrer à quel point il ressemble au tremblement qu'on observe chez les paralytiques généraux.

(1) Séance du 16 mars 1902.

Les accidents produits par l'abus du chloral sont encore insuffisamment étudiés. Déjà l'un de nous a eu l'occasion d'appeler ici même l'attention sur le *delirium tremens* chloralique (1). La présente communication est une nouvelle contribution à l'étude de l'intoxication par le chloral.

Mme G..., entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 avril 1902, est la fille d'un père mort de tuberculose et d'une mère encore vivante qui a eu 18 enfants, dont la plupart sont morts en bas âge de méningite.

Elle n'a jamais eu de maladie grave; en 1892, elle a été opérée pour un kyste de l'ovaire.

Amenée vers les 5 heures du soir à l'Hôtel-Dieu, elle se laisse conduire non sans quelque résistance dans la salle, et paraît dominée par l'idée fixe de quitter l'hôpital, si bien qu'on a été obligé de la surveiller de près.

Examinée le lendemain à la visite, elle était dans un état d'obnubilation intellectuelle très marquée. Presque étrangère à ce qui se passait autour d'elle, répondant mal aux questions qui lui étaient adressées, elle paraissait vouloir se renfermer dans un mutisme absolu. Ce qui frappait à ce moment, c'était l'existence d'un tremblement siégeant sur les muscles du visage et aux membres supérieurs. Au visage ce tremblement était peu marqué au repos, mais il devenait nettement perceptible à l'occasion des mouvements.

Quand on ordonnait à la malade de plisser le front, le muscle frontal était agité de tressautements; lorsque les

(1) Ballet. Du *delirium tremens* chloralique. *Soc. méd. des Hôp.*, séance du 28 juillet 1893, *Soc. de Neurologie* du 7 décembre 1899, et *Thèse* de Callandraud, Paris, 1899.

orbiculaires étaient fermés, ils se laissaient à leur tour gagner par le tremblement. Les muscles éleveurs de l'aile du nez n'échappaient pas non plus à ce phénomène, qui était également très accusé pour les orbiculaires des lèvres et le buccinateur.

Ce tremblement menu et rapide, joint à l'état d'obnubilation dans lequel était plongé la malade, lui donnait un aspect assez semblable à celui qu'on observe chez certains paralytiques généraux.

Un dernier signe contribuait encore à accrédi ter l'idée que ces phénomènes étaient dus à un début de méningo-encéphalite.

La langue, elle aussi, était trémulente en masse, et ce phénomène était surtout accentué quand elle était sortie hors de la cavité buccale. Ce tremblement était la cause d'une certaine gêne dans la parole, d'un bredouillement dans la prononciation des mots, tel qu'on le rencontre chez les paralytiques généraux. Les membres supérieurs, surtout le droit, étaient aussi le siège d'un tremblement fin et menu.

Il n'existait aucun autre trouble moteur, ni sensitif. Les réflexes rotuliens, achilléens, plantaire, du poignet, du coude étaient normaux. Il en était de même du réflexe pupillaire.

Le diagnostic de paralysie générale probable fut porté à la suite de l'examen du 26 avril.

Examinée de nouveau le surlendemain, la malade ne présentait plus le même aspect. Si les tremblements, quoiqu'un peu diminués, existaient toujours, les phénomènes d'obnubilation s'étaient peu à peu dissipés, et elle répondait parfaitement aux questions qui lui étaient posées.

Elle avoua alors qu'à la suite de peines morales et de fatigues exagérées, comme elle ne pouvait dormir, elle avait, vers le 25 mars 1902 pris le soir 1 gramme de chloral environ. Cette dose, qui au début lui avait procuré le repos, était rapidement devenue insuffisante, et, de progression en progression, au bout d'une douzaine de jours, la quantité de chloral avait été élevée à 15 grammes, et maintenue jusqu'à son entrée à l'hôpital, soit environ quinze jours.

Elle avait pu continuer son travail jusqu'au 15 avril, mais elle éprouvait une grande difficulté à traverser la rue, à monter des escaliers.

Dans son ouvrage, il lui arrivait de se tromper fréquemment, et les réponses embrouillées qu'elle faisait quand de ce chef on lui adressait des reproches la firent congédier. Du reste, elle se souvient parfaitement de tous ses actes, et reconnaît qu'ils étaient quelques peu anormaux.

Confinée chez elle à partir du 15 avril, elle augmente rapidement sa dose de chloral, et elle passe la journée dans son lit, lisant peu, ne pensant à rien, mangeant à peine, n'ayant qu'une idée, celle de se procurer du chloral pour retrouver le sommeil qui ne venait pas.

Durant les trois derniers jours qui ont précédé sa venue à l'Hôtel-Dieu, elle s'est enfermée chez elle, ne voulant ouvrir à personne. Elle a été l'objet d'hallucinations visuelles; il lui a semblé que deux hommes tentaient de s'introduire chez elle par la fenêtre; il n'y a pas eu d'hallucination auditives.

Les personnes qui l'ont vue racontent qu'elle tenait des propos extravagants, mais que son délire avait toujours été un délire tranquille. Des renseignements recueillis il résulte que la malade ne se souvient que d'une

très minime partie de ce qui s'est passé, que le reste lui a complètement échappé, et qu'enfin elle a de fausses réminiscences.

Depuis, les phénomènes d'obnubilation ont complètement disparu ; le tremblement persiste encore quoique très atténué, comme vous pouvez le constater, et tout fait espérer d'ici à quelques jours un retour complet à l'état normal.

Dans un article que j'ai publié dans l'*Art Médical* il y a cinq ans (1), j'ai déjà rapporté un certain nombre de symptômes pouvant se rapporter à la paralysie générale.

« *Excitation cérébrale* comparable à une ivresse gaie : La cessation brusque du chloral, continué depuis longtemps, a déterminé une agitation violente accompagnée d'hallucinations terrifiantes de l'ouïe.

« *Tremblement généralisé, secousses des lèvres et de la langue, parole bredouillée et pateuse; hallucinations.*

« *La dépression cérébrale* est caractérisée par la confusion des idées, la faiblesse de l'intelligence, la difficulté de travailler, la perte de la mémoire.

« *Faiblesse musculaire dans les membres inférieurs, pouvant aller jusqu'à la paraplégie : »*

En outre quelques symptômes rappelant l'ataxie locomotrice : « *Incoordination des mouvements des membres inférieurs; douleurs aiguës errantes surtout dans les membres inférieurs; perte du sens musculaire; incertitude du mouvement et propension à tomber en avant. »*

Si nous rapprochons ces symptômes de ceux de l'ob-

(1) *Pathogénésie du chloral*, année 1897.

servation nouvelle de M. Ballet, on voit que l'empoisonnement chloralique chronique peut donner une image, éloignée il est vrai, de la paralysie générale, mais suffisante, néanmoins, pour que nous puissions essayer le chloral à doses faibles, soit pondérables, soit infinitésimales dans le traitement de la paralysie générale.

Nous savons bien que la nature des lésions de la paralysie générale prête peu de prise à la thérapeutique quelle qu'elle soit, cependant on a cité des cas sinon de guérison, mais d'amélioration de cette affection et on doit toujours tenter quelque chose.

D^r MARC JOUSSET.

CLINIQUE MEDICALE

SYPHILIS DU PHARYNX

Vous pouviez voir ces temps derniers au numéro 9 de notre salle Cazenave un garçon de 17 ans, atteint depuis trois ans d'une ulcération de la jambe qu'aucun des traitements antérieurement employés n'avait pu amener à guérison, pas même améliorer. L'ulcération avait à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent; elle était peu profonde, couverte de gros bourgeons rouge-jaunâtre, saignant peu; la plaie fournissait un liquide plutôt ichoreux que vraiment purulent; les bords n'étaient pas décollés, mais taillés légèrement à pic; la peau avoisinant l'ulcération était de couleur foncée, brune plutôt que violacée; la lésion siégeait dans la région médiane et externe de la jambe. Cette plaie avait été généralement considérée comme scrofulo-tuberculeuse;

traitement général et traitements locaux avaient été institués dans cette hypothèse; ils étaient restés, comme je vous l'ai dit, infructueux. En présence de cette plaie qui n'avait pas l'aspect blafard des lésions tuberculeuses anciennes et qui se montrait absolument rebelle aux traitements habituellement efficaces contre les lésions tuberculeuses, la pensée me vint que sa nature pourrait n'être pas tuberculeuse, mais bien syphilitique, hérédo-syphilitique. A première vue, cette hypothèse avait contre elle un certain nombre de constatations. Le jeune homme était bien développé et ne présentait pas cette délicatesse de constitution qu'il est si fréquent de rencontrer chez nombre d'enfants hérédo-syphilitiques. Le facies était régulier et plutôt gracieux : pas le nez en selle turcique ou en lor-gnette si commun en pareil cas; pas d'opacité de la cornée; pas le front saillant et projeté en avant; rien, en un mot, de ces déformations qui constituent le facies hérédo-syphilitique. L'examen des dents montrait une dentition régulière, pas d'incisives dites d'Hutchinson, pas de microdontisme. A un examen plus complet de la bouche, je constatai un fait capital : la luette était détruite, les deux piliers amygdaliens postérieurs adhéraient dans une assez grande étendue à la paroi postérieure du pharynx. Il n'y avait pas de doute, nous étions en présence d'une lésion syphilitique des piliers, de la luette et de la paroi postérieure du pharynx. Un traitement antisiphilitique fut institué; une guérison rapide de la lésion de la jambe fut la conséquence.

Dans la salle des femmes, au numéro 3, vous pouviez voir aussi ces temps derniers une malade atteinte depuis longtemps d'une ulcération de la face de nature difficile à déterminer; une cicatrice ancienne de l'arrière-gorge

nous fit porter le diagnostic d'affection syphilitique. La guérison rapide de l'ulcération de la face sous l'influence du traitement mercuriel justifia le diagnostic.

Ces deux faits vous montrent l'importance que certaines lésions de l'arrière-gorge acquièrent pour le diagnostic de la syphilis.

La syphilis peut atteindre le pharynx à toutes ses périodes : l'accident primitif siège assez fréquemment sur les amygdales ; il n'est pour ainsi dire pas de malade qui ne présente au cours de la période secondaire, sur celles-ci, sur leurs piliers ou sur la luette la lésion décrite sous le nom de plaques muqueuses ; mais, à moins de syphilis particulièrement grave et maligne, c'est à une période avancée et tardive que se produisent les ulcérations profondes susceptibles d'aboutir à des destructions graves, à des cicatrices vicieuses. Ces ulcérations ont pour lésion préparatoire le processus gommeux.

La gomme du pharynx a pour siège de prédilection : le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

Sur le voile du palais elle occupe de préférence la partie médiane ou le bord postérieur. Souvent la gomme du voile du palais naît sur sa face supérieure, sur la face nasale et vient s'ouvrir au bout d'un certain temps sur la face buccale. Elle peut s'ouvrir à la fois sur la face buccale et du côté des fosses nasales ; elle donne lieu alors à une perforation faisant communiquer les fosses nasales avec la cavité buccale. Cette perforation constitue généralement un trou parfaitement arrondi, occupant le plus souvent la ligne médiane, mais pouvant aussi siéger sur les parties latérales.

Avant son ulcération, la lésion gommeuse se présente tantôt sous la forme d'une tumeur nettement circonscrite

du volume d'une petite noisette ou d'un volume plus considérable, tantôt sous la forme d'une infiltration diffuse.

Avant que la gomme ne soit arrivée à perforer et à détruire le voile du palais, des troubles fonctionnels, déjà notables, peuvent accompagner son développement. Elle peut s'accompagner d'un certain nombre de manifestations qui lui donnent quelques-unes des apparences des angines aiguës.

Le malade ressent de la gêne, une certaine tension au niveau du voile du palais; des irradiations douloureuses peuvent se faire dans le voisinage, principalement du côté des oreilles. La déglutition devient pénible, douloureuse, difficile, extrêmement gênée; quelques malades ne peuvent plus ingérer que des aliments liquides. Il n'y a généralement pas à ce moment rejet d'aliments par les fosses nasales.

Si on étudie l'aspect de la gorge, on n'observe pas toujours des lésions manifestes; on peut ne constater qu'une immobilité relative du voile du palais qui est tendu, plus horizontal, gêné dans ses mouvements.

La muqueuse n'offre aucun changement de couleur, aucune tuméfaction notable. Cet état s'observe surtout quand la lésion a son point de départ à la partie supérieure du voile du palais et n'a pas encore atteint une grande épaisseur, ou quand elle se développe sous forme de nappe. Quand la lésion siège sur la face inférieure du voile du palais, les troubles fonctionnels sont à peu près les mêmes; mais alors on voit apparaître tantôt un nodule d'induration isolé et nettement saillant, tantôt une nappe inflammatoire diffuse d'un rouge foncé, qui peut être confondue avec une angine simple.

La lésion n'est pas fatalement douloureuse, ne trouble

pas toujours d'une façon notable le fonctionnement du pharynx. Il n'est pas exceptionnel, quand on examine l'arrière-gorge d'anciens syphilitiques, de constater des perforations du voile du palais, des destructions de la luette et du bord postérieur de ce voile chez des malades qui ne se rappellent pas avoir souffert de l'arrière-gorge d'une façon notable, à aucun moment de leur existence. D'autres fois, vous observerez des ulcérations arrondies de la paroi supérieure du pharynx, plus ou moins étendues, à bords taillés à pic, à fond tomenteux et jaunâtre, indolentes ou peu douloureuses, sans qu'aucun trouble fonctionnel ait appelé l'attention du porteur.

La lésion ne devient souvent grave et vraiment pénible que le jour où le processus syphilitique évoluant au niveau du voile du palais a déterminé une perforation. Alors le tableau pathologique devient souvent grave, il présente des aspects différents suivant que l'affection s'est développée sur les parties antérieures ou sur les parties postérieures.

La syphilis occupant les régions postérieures du voile du palais, évolue généralement d'une façon beaucoup plus insidieuse que la syphilis des parties antérieures. C'est aux cas de gomme du bord libre ou dans son voisinage, qu'on voit des altérations profondes, l'échancrure du bord libre, la destruction de la luette, des fentes très étendues du voile se produire sans que le malade ait souffert, sans qu'aucun trouble fonctionnel lui ait appris que rien d'anormal se passait dans sa gorge : c'est une surprise, c'est une découverte imprévue que le médecin fait un jour qu'il examine la gorge.

La perforation de la partie antérieure s'accompagne de troubles beaucoup plus prononcés; il est rare qu'elle

n'amène pas des troubles très accusés de la parole et de la déglutition, caractérisés par le reflux des aliments dans les fosses nasales au moment où le malade déglutit, par un nasonnement prononcé de la voix : il y a là tout un ensemble de troubles fonctionnels qui conduisent le médecin à examiner le palais, le pharynx et mènent à la découverte des lésions syphilitiques de la région.

La paroi postérieure du pharynx est un des points de la gorge que la syphilis grave atteint volontiers : elle amène la formation d'ulcérations arrondies, plus ou moins étendues, à bords taillés à pic, à fond tomentueux et jaunâtre qui ne sont autre chose que des gommés ulcérées souvent indolentes. Quand la partie postérieure du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx ont été ulcérées simultanément, il peut se produire au moment de la cicatrisation une soudure du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, une symphyse de ces deux parties constitutives du pharynx.

C'est ce que vous pouvez observer chez le malade que je vais vous montrer.

C'est un enfant de quinze ans chez qui vous pouvez constater les manifestations les plus nettes d'une hérédosyphilis ; sa constitution est chétive ; le front est bombé et saillant en avant ; les deux cornées sont opaques à la suite d'une kératite parenchymateuse survenue dans la première enfance ; les dents sont irrégulièrement implantées ; les incisives médianes supérieures présentent l'encoche dite d'Hutchinson. Examinez l'arrière-gorge : il n'existe plus de bord libre du voile du palais ; celui-ci, s'est soudé à la paroi postérieure du pharynx : à première vue, on croirait qu'il n'existe plus de communication entre les fosses nasales et la partie inférieure de l'arrière-gorge.

Cependant, en regardant avec attention, on voit qu'il existe encore sur la ligne médiane un petit orifice de communication à travers lequel il serait possible, au besoin, de faire passer un manche de porte-plume de volume ordinaire : cet orifice est difficile à observer, quand le voile du palais au repos est appliqué contre la paroi postérieure du pharynx ; il devient manifeste si on provoque la contraction du voile du palais ; à ce moment, celui-ci, contracté, tire sur les bords de l'orifice de communication et le met en évidence.

La symphyse du voile et de la paroi postérieure du pharynx, qui succède aux ulcérations syphilitiques, peut être complète ou incomplète, c'est-à-dire qu'il peut ne plus exister aucune communication entre le pharynx et les fosses nasales, ou qu'il existe une communication plus ou moins grande. Cette dernière disposition est la plus fréquente. L'orifice de communication peut-être des plus réduits : il peut laisser passer à peine un stylet, un manche de porte-plume ; c'est ce que vous pouvez observer chez notre malade.

Chose étonnante ! Une telle modification des rapports normaux des fosses et du pharynx, n'amène souvent aucun trouble important de fonctionnement, tout au plus une légère modification de la voix, particulièrement une difficulté de la prononciation des diphtongues : la déglutition s'accomplit très régulièrement.

Dans les quelques cas où la symphyse est complète, les troubles s'accroissent ; la déglutition reste libre, mais la phonation est profondément modifiée ; il n'y a pas de nasonnement, mais le malade ne peut pour ainsi dire plus prononcer les diphtongues. La respiration nasale est supprimée, il n'y a plus que la respiration buccale. Aussi

quand les malades parlent, ils sont à chaque instant obligés d'interrompre leurs phrases pour reprendre haleine, pour pouvoir respirer par la bouche.

La voix a un timbre guttural et manque d'amplitude.

Aucune mucosité nasale ne peut plus s'écouler par la partie postérieure et gagner le pharynx; il est impossible au malade de se moucher puisqu'il ne peut plus chasser d'air d'arrière en avant à travers les fosses nasales. Aussi quand les sécrétions nasales deviennent abondantes, en cas de coryza par exemple, il se fait un écoulement lent et continu par les parties antérieures; cet écoulement constitue un phénomène des plus pénibles. Heureusement la symphyse complète du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx est un accident rare; il n'en existe que 4 ou 5 exemples dans la science.

Le diagnostic des syphilis graves du pharynx est généralement facile. Les perforations arrondies du voile du palais ne se rencontrent guère dans aucune autre affection : j'ai eu cependant l'occasion de présenter, il y a quelques années, à la Société médicale des Hôpitaux (21 octobre 1898) un malade qui était entré dans mon service pour une perforation de la région centrale du voile du palais et chez qui cette perforation semblait bien de nature tuberculeuse. La tuberculose pulmonaire de ce malade était à ce point avancée qu'il succomba quelques jours après son entrée dans nos salles : il fut impossible de relever chez lui aucun antécédent syphilitique. L'examen histologique montra que les bords de l'ulcération étaient criblés de granulations tuberculeuses miliaries; celles-ci se retrouvaient innombrables sur toute la surface du voile du palais et sur la muqueuse de la face interne des maxillaires supérieurs. C'est là un fait absolument

exceptionnel, à peu près sans analogue dans les annales médicales. MM. Talamon et Barbier semblent cependant avoir observé deux faits où la perforation du voile du palais existait en même temps qu'une tuberculose amygdalienne (*Méd. moderne*, 2 sept. 1893 et *Soc. méd. des hôp.*, 20 janv. 1899).

La destruction de la luette, du bord postérieur du voile du palais, les ulcérations à pic et les perforations nettement arrondies de celui-ci, sont pour ainsi dire la propriété exclusive de la syphilis. Quand la tuberculose vient à ulcérer ces régions, elle s'y manifeste généralement sous forme de tuberculose miliaire comme chez notre malade. Alors la présence au pourtour des lésions ulcéreuses, d'un plus ou moins grand nombre de ces granulations des muqueuses que Julliard, Trélat, Féréol nous ont appris à connaître, met en évidence la nature tuberculeuse de l'affection.

Les lésions ulcéreuses syphilitiques du voile du palais sont généralement des accidents d'une période avancée. On les rencontre chez des malades dont l'affection remonte à plusieurs années; souvent ce sont des malades qui ont eu une syphilis d'intensité fort ordinaire et qui se croient guéris depuis plusieurs années; ils éprouvent pendant quelques semaines, à plusieurs reprises, quelques phénomènes douloureux dont ils se préoccupent peu; ou bien ils ne ressentent aucun phénomène anormal et, tout d'un coup, ils sont pris de nasonnement, du rejet d'aliments par les fosses nasales qui indiquent qu'une perforation s'est produite.

Ailleurs, comme je le disais tantôt, chez un malade qui ne se plaint d'aucun trouble de la voix ou de la déglutition, le médecin est surpris, en examinant la gorge, de

constater qu'une bonne partie du bord libre du voile du palais, que la luette, ont disparu ou qu'une perforation allongée, plus ou moins longue, existe un peu en avant du bord libre et parallèlement à lui, qu'une symphyse existe entre le voile du palais et la partie postérieure du pharynx.

Pour établir le diagnostic de syphilis, il ne faut pas absolument compter sur les renseignements que le malade vous fournira sur ses antécédents : un assez grand nombre de vos clients iront jusqu'à nier qu'ils aient eu la syphilis et ils le feront de bonne foi ; bon nombre des malades appartiennent, en effet, à ce qu'on appelle les syphilis ignorées.

Il semble étrange aux débutants dans la carrière médicale, qu'un malade puisse ignorer qu'il a contracté la syphilis : le fait est cependant assez commun. Des adultes, même possédant quelques notions sur les lésions les plus communes de la vérole, sont atteints de syphilis tellement légères, tellement atténuées, qu'ils en laissent passer les manifestations sans s'en préoccuper ; ils ne peuvent croire un instant que les petites imperfections de santé qu'ils éprouvent soient la manifestation d'une maladie que la majorité du genre humain considère comme devant être toujours grave du commencement à la fin. A plus forte raison, les malades qui ignorent l'existence de la syphilis (nombre de femmes sont dans ce cas) laisseront passer, sans s'en préoccuper, les manifestations d'une syphilis très atténuée. Ces malades oublient, après peu de temps, qu'ils ont eu quelques boutons qui n'étaient qu'une roséole, quelques angines qui n'étaient que des plaques muqueuses ; ils l'oublient d'autant plus facilement que les manifestations de la syphilis, généralement indolores, ne les ont pas gênés dans leur existence.

Ce passage inaperçu se fera plus facilement si l'accident initial a eu un siège insolite; sur l'amygdale, il aura été pris pour une angine diphthéritique ou diphthéroïde; au doigt, il aura été qualifié de panaris, etc., etc. Dans les classes peu aisées, il n'est pas rare de voir des enfants contracter accidentellement la vérole dans la première enfance; ces syphilis font partie de ce que le professeur Fournier appelle les syphilis insontium. Ces syphilis, guéries au moment où l'enfant devient capable de garder le souvenir des malaises qui l'atteignent, resteront inconnues du malade, qui niera de bonne foi avoir été syphilitique, si jamais occasion se présente pour le médecin de lui poser cette question.

Des femmes s'étant trouvées en rapport avec des maris anciens syphilitiques, ayant mis au monde des enfants sains ou syphilitiques, présentent, un certain nombre d'années après leur accouchement, des manifestations gommeuses, sans qu'à aucune période antérieure de leur vie il soit possible de retrouver aucun accident de santé qu'il soit permis d'attribuer à la syphilis. Nombre de syphiligraphes admettent aujourd'hui qu'elles ont été infectées au moment de la conception, et que la vérole a pu rester des années sans donner aucune manifestation extérieure, vivre absolument ignorée de tous et éclater tout à coup sous forme d'accidents gommeux. Enfin, il est une syphilis généralement ignorée de ceux qui en sont atteints, c'est la syphilis héréditaire, celle qu'un auteur syphilitique transmet à sa descendance. Peu de parents se résignent à avouer à leur enfant, malgré l'intérêt que ce renseignement aurait pour lui, qu'ils lui ont donné la vérole avec la vie. Or, bien souvent, la syphilis héréditaire donne des gommes longtemps après la naissance,

dans l'adolescence, dans l'âge adulte, voire même dans la vieillesse ; elle fait partie des possibilités avec lesquelles il faut compter quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une ulcération du pharynx, vous l'avez constaté par vous-même sur nos deux adolescents.

La négation de tout antécédent syphilitique par un malade ne devra donc pas trop vous ébranler quand vous vous trouverez en présence des lésions que nous venons d'étudier : l'action rapide du traitement anti-syphilitique vous éclairera sur la nature vraie du mal.

Le processus gommeux qui conduit aux destructions du voile du palais, est fréquemment un processus à évolution rapide. La conclusion thérapeutique découle de cette notion.

Quand un malade est atteint ou suspecté atteint d'un processus gommeux de l'arrière-gorge, il faut agir vite et énergiquement.

L'iodure de potassium est le médicament par excellence de la situation. Il agit beaucoup plus efficacement que le mercure ; on l'administrera à hautes doses, et son effet utile sera habituellement très rapide, très marqué.

Le mercure ne devra jamais être administré seul. Ce serait perdre un temps précieux. On pourra l'associer à l'iodure de potassium en faisant le traitement dit mixte iodohydrargyrique. Mais alors les iodures devront toujours être administrés à très hautes doses. Le mercure sera prescrit par voie buccale. Cette méthode sera généralement suffisante, on pourra recourir aux injections hypodermiques ou aux frictions mercurielles. Quand un malade a été guéri d'une syphilis du voile du palais, il faut bien se rappeler que cet accident récidive facilement, et le

médecin devra maintenir le malade pendant un certain temps en traitement, le tenir en surveillance.

(*Journal des praticiens*).

D^r DU CASTEL.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES HOPITAUX

M. CHAUFFARD, au nom d'une commission nommée par la Société Médicale des hôpitaux avec l'assentiment du directeur général de l'Assistance publique et composée de MM. Le Gendre, Faisans, Sevestre, Mathieu, Oettinger, Léon, Soupault, a publié une réglementation nouvelle du régime alimentaire dans les hôpitaux (1).

Voici d'abord quelques conseils, qui ont besoin d'être suivis dans la plupart des hôpitaux.

Les plats devront être servis chauds, et non déjà à demi refroidis, comme cela arrive trop souvent. Les malades en état de se lever prendront leur repas dans un réfectoire indépendant des salles et bien aéré. Les alités auront une petite table mobile, posée sur le lit.

Lessyphilitiques devront avoir des couverts particuliers, reconnaissables à un poinçon spécial.

Voici maintenant les divers régimes.

A. — LE RÉGIME NORMAL est assez analogue à l'ancien quatrième degré, et serait ainsi composé : *repas avant la visite* : soupe au lait ou aux légumes (30 centilitres), ou café au lait (30 centilitres).

Repas du matin : viande rôtie, 100 grammes, ou abats,

(1) Séance du 4 juillet 1902.

hachis, 100 grammes ; légumes secs 130 grammes ; ou légumes de saison 130 grammes, plus un œuf.

Repas du soir : soupe grasse ou maigre 30 centilitres ; viande rôtie, ou bouilli accommodé 100 grammes ; ou poisson 160 grammes. Légumes frais, 160 grammes ; ou pommes de terre, 240 grammes ; ou riz au gras ou au lait, 20 centilitres ; ou pâtes alimentaires, 120 grammes.

Pain à discrétion, par petites tranches.

Comme boisson : Vin, H., 30 centilitres, F. 25 ; ou lait, H. 1 litre — F. 1 litre ; ou bière ou cidre, H. 1 litre — F. 1 litre.

B. — LE RÉGIME DES CONVALESCENTS (1) devra être l'objet de soins spéciaux, au point de vue de la nature et de la qualité des aliments.

Repas avant la visite : lait ou café au lait, 30 centilitres ; ou potages au lait ou au bouillon, 30 centilitres.

Repas du matin : poulet rôti, ou côtelette — purée de pommes de terres ou de légumes secs, 15 centilitres.

Repas du soir : potage au lait ou au bouillon 30 centilitres ; poisson blanc, maigre 160 grammes ; ou 2 œufs, ou cervelle ; fruits cuits ou compote, ou riz au lait.

Lait, 1 litre ; ou vin, 20 centilitres.

C. — RÉGIME DES DYSPEPTIQUES. — *Repas avant la visite* : soupe au lait, 30 centilitres.

Repas du matin : Viande rôtie, moulinée ou non, 100 gr. ; purée de légumes verts ou féculents 150 grammes ; ou pâtes alimentaires 120 grammes ; ou 2 œufs.

(1) Pour les *fébricitants*, il est difficile de prévoir un régime uniforme. Le lait, le bouillon, la limonade vineuse, quelques potages légers, seront les plus ordinairement prescrits.

Repas du soir : même composition, plus une soupe au lait ou aux légumes, 30 centilitres.

Lait, 1 litre et demi.

D. — RÉGIME LACTO-VÉGÉTARIEN. — Lait, 2 litres ; œufs, 4 ; 2 potages au lait. On pourra remplacer 2 œufs par : légumes verts cuits 16 centilitres ; ou purées féculentes variées 15 centilitres ; ou pâtes alimentaires 120 grammes.

E. — RÉGIME LACTÉ INTÉGRAL. H., 3 litres et demi de lait ; F., 3 litres.

F. — RÉGIME DE SURALIMENTATION. Le régime de suralimentation comprendra un des régimes fondamentaux ci-dessus, auquel on adjoindra un supplément, constitué par deux œufs, ou par des sardines à l'huile, ou par 100 à 150 grammes de viande crue pulpée, ou par du fromage ou beurre.

G. — LE RÉGIME DES DIABÉTIQUES ne peut se formuler d'une manière uniforme, car s'il reste toujours le même par la *nature* des aliments, il peut varier énormément comme *quantité*, suivant que le malade est plus ou moins polyphagique.

Pour donner à ce régime l'élasticité dont il a besoin, tout en permettant un contrôle nécessaire pour éviter les abus, nous proposons, dans ce cas particulier, et *par exception*, de recourir à des bons individuels, imprimés, et sur lesquels seules seraient à spécifier les quantités alimentaires prescrites. Suivant ordonnance médicale, la pomme de terre pourrait être substituée au pain de gluten.

RÉGIME NORMAL DES ENFANTS

A. — NOURRISSONS

Lait (naturel ou stérilisé, au choix du médecin)(1). 1 litre.

B. — SEVRÉS.

Lait naturel. 1 litre 1/2.

Farine pour bouillie (blé, orge, avoine, maïs,
riz, tapioca) ou farine de légumes secs (hari-
cots, lentilles, pois). 50 grammes.

Sucre. 25 —

OEuf N° 1.

C. — PETITS ENFANTS.

Boisson : lait. 1/2 litre.

Pain à discrétion.

Le matin. . Soupe au lait ou soupe maigre ; ou
chocolat (une ou deux fois par
semaine) 25 centilitres.*Déjeuner.* . 1° OEufs. N° 2.
ou poisson, volaille, viande
braisée. 80 grammes.2° Purée de légumes secs ou riz,
pâtes 80 —
ou pommes de terre ou légumes
de saison. 100 —

3° Compotes de fruits. 50 —

Dîner. . . 1° Soupe maigre ou soupe grasse. 25 centilitres.

2° Légumes ou pâtes, ou crèmes. 60 à 80 gr.

3° Compotes ou confitures. . . 50 grammes.

D. — GRANDS ENFANTS.

Boisson : lait. 1/2 litre.
ou eau rougie (eau pure), vin. 15 centilitres

Pain à discrétion.

Le matin. . Soupe au lait ou soupe maigre, café
au lait ou chocolat (une ou deux
fois par semaine). 25 centilitres.

(1) Il serait bon que la quantité de lait distribué pour les 24 heures fût donnée en deux fois et dans des récipients couverts.

<i>Déjeuner.</i>	1° Viande rôtie ou braisée. . . .	80 grammes.
	ou ragoût, ou poisson. . . .	100 grammes.
	2° Légumes secs, ou riz, ou pâtes. 100	—
	ou pommes de terre, ou légumes de saison.	120 —
	3° Fromage (gruyère), ou compote de fruits, ou fruits frais	
<i>Dîner.</i>	1° Potage gras ou maigre	25 centilitres.
	2° Œufs	N° 2.
	ou poisson.	80 grammes.
	ou viande.	60 —
	3° Légumes comme le matin.	

RÉGIME LACTÉ.

Lait. 2 litres.

RÉGIME DES CONVALESCENTS.

Régime *B* ou régime *C*, avec addition de viande ou volaille. 60 grammes.

RÉGIME DE SURALIMENTATION.

Régime *C* ou régime *D*, avec addition de viande crue. 100 à 150 gr.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. SUR UN SYNDROME SIMULANT LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE ET DU A LA RÉTRACTION ATROPHIQUE DE L'ESTOMAC.**
 — **II. MÉLANODERMIE BILIAIRE A TYPE ADDISONIEN AVEC SPLÉNOMÉGALIE.** — **III. TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CYANURE DE MERCURE.**

I

(Séance du 27 juin). — M. SOUPAULT appelle l'attention de ses confrères sur des malades qui, après une période

variable de troubles gastriques, présentent une gêne progressive de la déglutition, pouvant amener une dysphagie complète. Les aliments solides passent difficilement, puis il en est de même des liquides qui sont souvent rejetés par régurgitation ou vomissements.

La dénutrition est la conséquence de cette dysphagie, les malades s'affaiblissent, maigrissent et se cachectisent.

Les symptômes observés donnent un tableau assez exact des rétrécissements de l'œsophage; l'emploi de la sonde permet de reconnaître l'erreur et fait constater la perméabilité du conduit, sur le trajet duquel on ne rencontre aucun obstacle, aucune résistance. Si on introduit du liquide dans l'estomac au moyen de la sonde, on voit qu'il n'en accepte qu'une quantité minime, un demi-verre à peine; si on veut augmenter cette quantité le malade vomit et les liquides remontent le long de la sonde.

Les aliments vomis sont neutres au tournesol et ne présentent pas la réaction produite par l'action du suc gastrique.

M. Soupault a observé quatre malades, présentant ces symptômes et, à l'autopsie, il a trouvé la rétraction de l'estomac, causée trois fois par une infiltration cancéreuse et une fois par une cicatrice consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique; cinq observations analogues ont été publiées; dans quatre cas il s'agissait d'un cancer infiltré et dans un d'une linite plastique.

Le diagnostic se fait au moyen du cathétérisme; dans le rétrécissement de l'œsophage, la sonde pénètre plus ou moins difficilement, ainsi que dans l'œsophagisme.

M. MATHIEU considère que ces affections gastriques sont fréquemment accompagnées de dysphagie par spasme douloureux de l'œsophage; il lui paraît possible que la

rétraction de l'estomac soit la conséquence des spasmes, amenant une inanition prolongée, plutôt que la cause de ces spasmes.

II

(Séance du 4 juillet. — MM. GANDY et GOURAUD présentent un malade qu'ils ont observé dans le service du professeur Dieulafoy.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, ayant été réformé à l'âge de 22 ans pour tuberculose pulmonaire, dont il porte encore les signes. Vers la même époque il aurait eu une crise très douloureuse du côté du foie (colique hépatique ou poussée aiguë d'angiocholite des gros vaisseaux biliaires) avec ictère, foie gros, selles complètement décolorées; depuis cette époque poussées d'ictère ou de subictère avec tuméfaction du foie; depuis cholurie légère et cholémie intermittente; de plus, trois crises très douloureuses du côté de la rate, qui est devenue très volumineuse. Enfin depuis dix-huit mois, mélanodermie du type addisonien, très caractérisée. •

Cette mélanodermie qui domine actuellement le tableau clinique rappelle tout à fait celle de la maladie d'Addison; elle en a tous les caractères classiques; elle en reproduit la teinte, et, comme celle-ci, elle est, en même temps que généralisée, plus accentuée sur les parties découvertes, sur les territoires déjà pigmentés normalement, sur les régions comprimées et les plis de flexion, et sur les points où il y a eu irritation locale ou lésion cicatricielle; seules, la pigmentation des ongles et l'intégrité presque complète de la muqueuse buccale sont un peu exceptionnelles.

Si l'on rapproche cette mélanodermie typique de l'asthénie notable présentée par le malade, de ses douleurs épigastriques et de ses vomissements (sur l'interprétation desquels une erreur pourrait être commise), de ses signes manifestes d'infiltration tuberculeuse des sommets, de son otorrhée tenace même, on conviendra que l'on puisse songer à une dégénérescence caséuse des capsules surrénales et que le diagnostic de maladie d'Addison paraisse de prime abord suffisamment étayé. Il n'est pas jusqu'à l'hypertrophie considérable de la rate qui ne puisse être considérée comme splénomégalie tuberculeuse.

D'autre part, ces poussées d'ictère avec tuméfaction hépatique, cette teinte bronzée, et surtout cette énorme hypertrophie de la rate, peuvent encore faire songer à l'infection palustre, Mais ce malade n'a jamais été et n'est point paludéen. Sa mélanodermie est autre que celle des vieux paludéens; malgré son asthénie, aujourd'hui disparue, il n'a jamais eu l'état de cachexie qu'accompagne d'ordinaire la pigmentation d'origine malarique.

Par contre, les symptômes hépatiques qui se sont montrés à chaque instant dans le cours de la maladie de cet homme font penser à un cas de mélanodermie hépatique analogue à ceux qui ont été rapportés par Gilbert et Lereboullet.

III

M. J. RENAULT lit un travail sur le *traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure*.

Les injections intra-veineuses de sels mercuriels ont été conseillées par Bacelli en Italie, et par M. Ch. Abadie en

France. La première relation écrite appartient à Bacelli, qui traita, en 1893, un syphilitique par des injections intra-veineuses de sublimé; M. Abadie faisait des injections intra-veineuses de cyanure de mercure depuis 1890, mais ne publia son premier travail qu'en 1895.

Depuis, cette pratique se fait assez largement à l'étranger; elle est peu connue en France et, cependant, pourrait rendre de très grands services dans les cas de syphilis grave.

La *technique* en est simple, mais nécessite une attention sérieuse.

La seringue, préalablement stérilisée, est remplie de la solution à injecter; l'aiguille, en platine iridié, flambée. Il est important d'avoir une seringue dans laquelle le cyanure de mercure ne soit en contact avec aucun métal: c'est le cas de la seringue en verre de Luer; c'est aussi celui de la seringue du professeur Debove, dans laquelle M. Galante a construit en ébonite le culot inférieur du corps de pompe et la tige mâle du piston. Pour plus de sécurité, M. Galante fait en acier l'embase de son aiguille en platine iridié, dont aucune partie ne peut être altérée par le sel mercuriel.

On place à la partie inférieure du bras, soit une bande de Nicaise, soit une bande quelconque fortement serrée, comme pour la saignée, de façon à faire saillir les veines de l'avant-bras. On choisit pour l'injection la veine la plus apparente du pli du coude ou de l'avant-bras; la médiane céphalique est indiquée pour les mêmes raisons qui la font préférer dans la saignée, mais toute autre veine convient parfaitement.

La peau est lavée avec une solution de sublimé à 1 pour 1.000 ou d'oxycyanure de mercure à 1 p. 1.000.

L'aiguille est enfoncée dans la veine obliquement, ni trop horizontalement ni perpendiculairement à l'axe de la veine. Lorsqu'on a traversé la peau et la paroi veineuse on a la sensation, souvent très nette, que l'extrémité de l'aiguille est libre dans la cavité veineuse; on la fait pénétrer alors un peu plus avant dans l'axe du vaisseau pour que son extrémité n'en sorte pas lorsqu'on enlèvera la bande qui comprime le bras et gonfle la veine. Il est toujours bon de s'assurer que l'aiguille est bien toujours dans la lumière du vaisseau et non dans sa paroi ou le tissu cellulaire, en aspirant quelques gouttes de sang qui vient très facilement.

A ce moment, maintenant la seringue en place de la main droite, on desserre la bande avec la main gauche, puis on injecte doucement le liquide, qui est entraîné au fur et à mesure dans le courant sanguin. Quand l'injection est terminée, on retire rapidement l'aiguille et on exerce pendant quelques instants au niveau de la piqûre une compression avec un tampon imbibé de la solution antiseptique; il est inutile de mettre un pansement ou du collodion.

M. Renault se sert d'une solution de cyanure de mercure au 100° et il injecte, suivant la gravité des cas, depuis un centigramme tous les deux jours, jusqu'à deux centigrammes par jour.

La salivation est exceptionnelle; la diarrhée, plus fréquente, disparaît dans la suite en diminuant les doses. On observe quelquefois une polyurie passagère, jamais d'albuminurie. Même, chez un malade syphilitique, qui était en même temps goutteux et albuminurique, l'albumine, pendant le traitement, est tombée de 75 centigrammes à des traces indosables.

L'injection intra-veineuse a, sur l'injection intra-musculaire, deux avantages ; elle est indolore et ne produit pas de nodosités.

On a craint qu'elle ne produise des abcès, de la thrombose veineuse, des embolies.

Les abcès ne seraient que la conséquence d'une faute contre l'antisepsie.

La thrombose veineuse résulte d'une injection péri-veineuse, la veine se trouvant englobée dans la nodosité du tissu cellulaire, et plus ou moins obturée ; c'est un accident rare qui n'a aucune conséquence fâcheuse et peut être évité par une bonne technique.

L'embolie immédiate ne peut pas se produire avec le cyanure qui ne coagule pas le sang ; l'embolie tardive serait la conséquence d'une phlébite septique, accident qui ne doit pas être observé avec les précautions antiseptiques.

Les injections intra-veineuses ont une action plus sûre, plus rapide, et plus durable que les autres modes d'administration du mercure.

M. le D^r Renault rapporte quatorze observations que nous allons analyser brièvement.

Obs. I. — Il s'agit d'un homme de 46 ans, ayant eu un chancre le 5 mars 1902 ; il se présente le 23 avril à la consultation avec une éruption de *syphilides papuleuses*. Dix-huit injections, faites tous les deux ou trois jours, le débarrassent en six semaines.

Obs. II. — Femme de 50 ans, contracte en janvier dernier un chancre syphilitique de la grande lèvre. Elle vient à l'Hôtel-Dieu le 22 mars, pour des plaques muqueuses de la bouche qui ne cèdent pas à un traitement

régulier par les pilules de Dupuytren et le protoiodure. Elle présente sur la lèvre inférieure, à droite, *une plaque muqueuse hypertrophique*, longue de 3 à 4 centimètres et large de 2 à 3 centimètres.

Dès la troisième injection intra-veineuse de cyanure, amélioration ; à la sixième, régression manifeste des éléments éruptifs. A ce moment, M. Renault remplace les injections au cyanure par des injections d'hermophénil à 2 p. 100. L'amélioration ne continuant pas, il reprend le cyanure ; dix nouvelles injections font disparaître la plaque de la lèvre inférieure et réduisent à des proportions infimes les autres plaques.

Obs. III. — Il s'agit d'un homme de 52 ans, souffrant depuis deux mois d'une *céphalée secondaire* (survenue en même temps que la roséole). Cette céphalée a augmenté progressivement d'intensité : Depuis un mois le malade est en proie à des douleurs intolérables, ne lui laissant aucun répit le jour et empêchant tout sommeil la nuit.

Les trois premiers jours du traitement, 3 injections intra-veineuse d'hermophénil, qui ne donnent pas de résultat.

Le 4^e jour, injection d'un centigramme de cyanure. Dès le soir, la douleur disparaît complètement et ne revient pas ; continuation des injections pendant six semaines.

Obs. IV. — Comme dans l'observation précédente, *céphalée secondaire* intense, qui disparaît dès la première injection.

Obs. V. — Un homme de 45 ans, ayant eu un chancre en octobre 1899, vient à l'Hôtel-Dieu le 3 février dernier ; il a suivi un traitement régulier au protoiodure, malgré

lequel il a eu, il y a un an, une attaque d'hémiplégie droite, presque guérie, sauf un peu de gêne dans l'usage des bras.

L'hémiplégie a été traitée par l'iodure de potassium et par 55 injections intra-musculaires de cyanure de mercure.

Le 3 février, vingt-cinq jours environ après la dernière série d'injections musculaires, il a une *gomme de la langue*, devenue nettement apparente une dizaine de jours auparavant, mais datant d'une époque plus éloignée, car le malade éprouve depuis longtemps une certaine gêne dans les mouvements de langue.

On commence les injections intra-veineuses le 3 février. *L'amélioration, sensible dès la seconde piqûre, est manifeste à la quatrième.*

Le 27 février, la gomme, qui a suivi une marche rétrograde ininterrompue, se présente sous forme d'une plaie banale.

Le 15 mars, la guérison peut être considérée comme à peu près complète. La gêne des mouvements de la main a sensiblement diminué.

Il est à remarquer dans ce cas que la gomme, qui continuait son évolution, malgré les injections intra-musculaires de cyanure, a été rapidement modifiée par les injections intra-veineuses.

OBS. VI. — Il s'agit d'une *gomme du voile du palais* qui avait presque complètement disparu après huit injections intra-veineuses. Le malade ayant cessé ce traitement, rechute grave qui n'a guéri qu'après trente-cinq nouvelles injections : au cours de cette rechute, la gomme s'est ulcérée et vidée, éliminant ainsi le tissu nécrosé, sur

lequel le traitement le plus actif reste évidemment sans action.

OBS. VII. — Homme de 53 ans, ayant eu un chancre à l'âge de 30 ans. Il présente depuis huit mois des *tubercules syphilitiques* et depuis six mois une *ostéo-arthrite tibio-tarsienne*.

Sous l'influence des injections intra-veineuses de cyanure, une partie des tubercules syphilitiques s'affaisse et guérit rapidement, tandis que d'autres ne guérissent qu'après s'être ulcérés et débarrassés de leur partie centrale nécrosée et inorganisable. L'ostéo-arthrite disparaît sous l'influence du traitement.

OBS. VIII. — C. étudiant en médecine, contracte un chancre en novembre 1897, suivi de quelques plaques muqueuses, d'un peu d'alopecie, de céphalée. Traitement très irrégulier et court avec les pilules de protoiodure.

En octobre 1901, après un voyage très fatigant, accidents de *syphilis médullaire* : douleur à la 12^e dorsale, s'irradiant dans les espaces intercostaux, plus forte la nuit et surtout le matin; prenant quelquefois la forme de crises fulgurantes en ceinture. Quinze jours après, troubles de sensibilité, surtout dans le membre inférieur droit; fourmillements, sensation de brûlure, d'engourdissements, marche un peu pénible; réflexe rotulien exagérés, trépidation épileptoïde.

Série de 37 injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure; à la douzième piqûre, amélioration brusque.

Le traitement est interrompu après la 37^e injection. Un mois après les phénomènes reparaissent et vont en s'aggravant malgré 15 nouvelles injections intra-muscu-

laïres faites du reste irrégulièrement. L'état général est mauvais; le malade maigrit.

Le 23 février, début du traitement par les injections intra-veineuses de cyanure. Le 25 février apparition d'une exostose au niveau de la 25^e articulation sterno-costale.

Dès le 10 mars, il se produit une amélioration manifeste de la lésion médullaire. Le traitement est continué dans le Midi, où le malade va se reposer pour de la tuberculose concomitante.

OB. IX. — Homme de 45 ans atteint de *syphilis médullaire*. Les accidents disparaissent sous l'influence des injections.

Obs. X. — Il s'agit d'un homme atteint de *céphalée tertiaire*, qui guérit par les injections intra-veineuses.

Obs. XI et XII. — Ces deux observations se rapportent comme la précédente à des *céphalées tertiaires nocturnes*, empêchant tout sommeil, très améliorées toutes les deux par la première injection et disparaissant l'une après la seconde, après la troisième.

Obs. XIII. — Observation analogue d'un malade qui souffrent depuis six ans d'une *céphalée persistante*, améliorée par la première injection et guérie à la troisième.

Obs. XIV. — Ch..., 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 16 juin dernier. Il a été traité pour de la céphalée syphilitique et pour kératite double à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, par des injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure.

Le 12 juin, attaque d'épilepsie jacksonienne : douleur dans les doigts de la main droite et le bras, perte de connaissance et chute; violentes secousses épileptiques dans

le bras et la jambe droite. Après vingt minutes, il se relève et reste pendant plusieurs heures hébété, avec la tête lourde. Il a uriné pendant son attaque, n'a pas perdu connaissance et ne s'est pas mordu la langue.

Le 13 juin, nouvelle crise ayant les mêmes caractères que la première, mais plus forte.

Le 14 juin, rien.

Le 15, 3 attaques en deux heures, de plus en plus violentes.

Le 16, il entre à l'hôpital. On constate la kératite interstitielle double pour laquelle il était en traitement et qui le met dans l'impossibilité de lire ; l'ouïe est simplement diminué ; pas de dents d'Hutchinson. Aucune trace de syphilis cutanée ou osseuse. Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité générale. On fait une injection intra-veineuse d'un centigramme de cyanure.

Le 17, 1 centigr. $\frac{1}{4}$; le 18, 1 centigr. $\frac{1}{2}$; le 19, 1 centigr. $\frac{3}{4}$; le 20, 2 centigrammes.

Les crises épileptiformes n'ont pas reparu ; le malade ayant eu 6 selles la veille, on interrompt le 21.

Nouvelles injections d'un centigramme les 22, 23, 25, 27, 28, 30. Le malade n'a pas eu de nouvelle crise.

Ces observations montrent que les injections intra-veineuses agissent plus vite que les autres médications, et qu'elles agissent lorsque celles-ci ont échoué ou n'ont donné que des résultats incomplets.

Voici la conclusion du D^r Renault. Cette méthode peut être employée dans toutes les manifestations syphilitiques. Il est bien évident, toutefois, que dans les syphilis primitives et secondaires communes, l'ingestion reste le traitement de choix, à cause de son extrême commodité. Mais

dans tous les cas de syphilis secondaire maligne ou de syphilis tertiaire grave, où l'on a d'ordinaire recours aux frictions ou aux injections intra-musculaires, l'injection intra-veineuse me paraît devoir être préférée à cause de ses résultats rapides et sûrs. Lorsque les accidents ont disparu, on peut, d'ailleurs, parfaitement continuer l'action des injections intra-veineuses par les méthodes plus simples : ingestion ou frictions.

M. ALEX. RENAULT ne croit pas qu'on puisse encourager cette méthode à cause de la difficulté du manuel opératoire. Il est à craindre les coagulations intra-veineuses et les embolies. Il a observé une récurrence à la suite des injections intra-veineuses.

M. DUFOUR demande si M. Renault a eu l'occasion d'employer son mode de traitement chez des tabétiques, car il connaît un tabétique, qui avait une recrudescence de douleurs fulgurantes, chaque fois qu'il recevait dans ses veines une injection de cyanure de mercure.

M. JULES RENAULT dit qu'au moyen de l'antisepsie et en prenant soin de bien faire son injection dans le calibre de la veine, on évite la phlébite et les embolies.

Dans deux cas de tabes, il a vu les douleurs fulgurantes disparaître sous l'influence des injections intra-veineuses. Il a vu un de ces malades pendant quelques jours, l'autre pendant un an.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. DE L'INTERMITTENCE DES ANESTHÉSIES ORGANIQUES. — II. MICROBIOLOGIE DE LA DYSENTERIE. — III. HIÉRARCHIE DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET TOXIQUE DE L'ERGOTINE SUR LES DIVERS ÉLÉMENTS DU CORPS VIVANT. — IV. DU MICROBISME NORMAL DES VOIES BILIAIRES. — V. DES PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DU POISON DES ACTINIES. — VI. TOXICITÉ DES CAPSULÈS SURRÉNALES. — VII. ACTION DE LA STRYCHNINE SUR LE CŒUR ET LA CIRCULATION. — VIII. DES EFFETS DE L'ACTINOTOXINE SUR LA PRESSION ARTÉRIELLE. — IX. INFLUENCE DU VIEILLISSEMENT DU VIRUS RABIQUE DANS LA GLYCÉRINE.

I

Le D^r Egger remarque avec raison que les impressions nerveuses sont essentiellement instables. Il a constaté en particulier que l'anesthésie symptomatique des affections nerveuses était essentiellement variable dans leur étendue, dans leur intensité et dans leur existence même.

Quand l'affection devient chronique le symptôme d'anesthésie devient permanent (Société de biologie 20 juin 1902).

II

Le D^r Lesage a été chargé d'étudier une épidémie de dysenterie à l'hôpital de Toulon, épidémie que je ne sais pourquoi ils l'appellent *coloniale*.

Le D^r Lesage a découvert un *cocco-bacille* qu'il

considère comme le microbe pathogène de la dysenterie. Cecocco-bacille serait du genre *Pasteurella* il se rencontre dans le sang et dans les matières fécales à toutes les périodes de la forme grave et seulement au début de la forme commune de cette maladie.

Ce bacille est une aérobie, il se décolore par le gram, il se cultive à 37 degrés sur gélose et sur gélatine.

Inoculé au cobaye il détermine la mort après douze ou quarente-huit heures, avec plaques hémorragiques ou sphacéliques sur la muqueuse du gros intestin, épanchement péritonéal hémorragique, diarrhée sanguinolente, foie congestionné. Ce microbe reproduit chez l'animal une affection fort analogue à la dysenterie de l'homme.

M. Lesage remarque que son cocco-bacille se localise de préférence dans le foie et qu'on le retrouve dans les abcès hépatiques symptomatiques de la dysenterie ; il serait donc faux de dire que le pus des abcès du foie est stérile, mais pour constater la présence du bacille il faut ensemer de grandes quantités de pus ou mieux l'inoculer au cobaye (*Loc. cit.*).

III

M. Maurel a démontré par des expériences multipliées et bien faites, que l'élément anatomique le plus sensible à l'action de l'ergotine était la *fibres lisse*, puis l'*hématie*, le *nerf moteur*, la *fibres striée*, le *nerf sensitif*, le *leucocyte* et enfin la *fibres cardiaque* qui est la plus résistante de tous les éléments.

Signalons la confirmation par ces expériences d'une grande loi de pharmacodynamie : c'est l'action contraire obtenue par une dose moyenne et une dose forte. Ainsi

la dose thérapeutique contracte la fibre lisse et arrête les hémorragies, tandis que la dose toxique paralyse la fibre lisse et favorise les hémorragies.

Pour M. Maurel l'action de l'ergotine sur la fibre lisse suffirait à expliquer toutes les propriétés thérapeutiques de l'ergotine : action *antihémorragique*, *antithermique*, *antiphlogistique*.

Cette action sur la fibre lisse, expliquerait encore les propriétés thérapeutiques de l'ergotine sur les varices, sur le plan musculaire de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, de l'utérus, de la prostate, etc.

On voit que M. Maurel a le grand tort de se jeter à corps perdu dans le monde hypothétique des explications physiologiques. Sans aborder ici cette question de thérapeutique générales nous lui ferons remarquer que c'est une grande erreur en pharmacodynamie de nier la localisation d'action de l'ergotine sur l'utérus. Comme clinicien je conteste fortement l'action de l'ergotine sur les hémorragies étrangères à l'utérus. (*Loc. cit.*)

IV

On enseigne généralement que les voies biliaires extra-hépatiques, à l'exception la portion inférieure du cholédoque, sont normalement stériles, c'est là, une erreur comme l'ont démontré MM. Gilbert et Lippmann.

Ces expérimentateurs ont démontré que le liquide biliaire de la vésicule contenait plusieurs variétés de bacille *anaérobiques*.

Nous remarquons que ces bacilles existent à l'état normal chez le chien à l'état de santé ; que par conséquent ils existent à l'état de saprophytes (*Loc. cit.*).

V

L'extrait alcoolique produit chez les animaux les symptômes suivants :

1° *Dose légère.* — Démangeaisons, éternuements incoercibles, prurit intense à la face et au museau, congestion violente et sécrétion muqueuse des fosses nasales.

2° *Dose moyenne.* — Diarrhée, vomissements, selles sanguinolentes, ténésme rectal, douleurs abdominales très vives.

3° *Dose forte.* — Douleurs abdominales plus violentes encore, grande prostration ; insensibilité presque complète.

4° *Dose toxique.* — Arrêt presque subit du cœur ; respirations agoniques, qui se prolongent quelques minutes ; congestion intense des intestins et du péritoine.

Remarquons l'analogie considérable qui existe entre les effets de ce poisson et ceux du coryza et de la dysenterie (D^r Richet, 4 juillet 1902).

VI

D'après les expériences de MM. Battelli et Taramasio, l'extrait des capsules surrénales, sous forme d'*adrénaline*, produit les troubles suivants : dyspnée, affaiblissements des réflexes et des mouvements volontaires, paralysie du train postérieur qui envahit ensuite le train antérieur, mort par œdème aigu des poumons. (*Loc. cit.*)

VII

Ces expériences du D^r Maurel nous intéressent à ce point de vue qu'elles démontrent la vérité de deux lois de phar-

macodynamie fort importantes, la première est celle-ci : une dose de médicament produit successivement chez le même animal deux effets opposés.

Et voici la seconde loi : les doses faibles et les doses fortes d'un même médicament produisent chez l'animal deux effets opposés.

Voici les faits qui démontrent la première loi : si on injecte dans la cuisse d'une grenouille 0 gr. 002 de strychnine, par kilogramme d'animal, il se produit d'abord une vaso-dilatation qui, après cinq minutes, est remplacée par une vaso-constriction qui dure plusieurs heures.

Maintenant, voici les faits qui démontrent la seconde loi. Si on injecte à une grenouille le sulfate de strychnine, à la dose de 0 gr. 01 par kilogramme d'animal, la vaso-dilatation s'établit d'emblée, et persiste pendant plusieurs heures.

Si on injecte à une grenouille une dose de strychnine de 0 gr. 0003 par kilogramme d'animal, la fréquence des mouvements du cœur et surtout leur énergie est augmentée.

Une dose mortelle au contraire diminue la force et la fréquence des battements (*loc. cit.*).

VIII

Cette communication du D^r Richet confirme l'action déprimante de l'actinotoxine sur la pression artérielle, et son action congestive sur la circulation intestinale. Ces deux phénomènes sont dans une corrélation parfaite. (11 juillet).

IX

Ce travail de MM. Rodet et Galavielle démontre que le vieillissement du virus rabique dans la glycérine lui fait

perdre sa virulence, tout en conservant ses propriétés vaccinales.

Le pouvoir vaccinal de ce virus vieilli est très efficace à l'égard du *virus des rues*, même inoculé par trépanation au lapin. Il est également très efficace à l'égard du *virus fixe* en injections sous-cutanées chez le lapin ; mais il est très peu efficace à l'égard du *virus fixe* administré par trépanation.

Ce mode de traitement est inefficace après le début des symptômes, il a une efficacité relative pendant la période d'incubation.

Il semble qu'il s'agisse ici d'un virus atténué par le vieillissement, comme les moelles rabiques sont atténuées par le vieillissement.

J'applique en ce moment la même technique à la culture de la tuberculose. Arriverai-je à créer des cultures immunisantes ? (*Loc. cit.*)

Nous ne voulons point examiner en détail les explications entassées par M. Longuet pour justifier la création d'un nouveau processus morbide, ni faire la critique de ce qu'il appelle le traitement médical des dyspepsies ; traitement qui consisterait principalement dans les lavements ? Nous voulons seulement empêcher de faire la laparotomie aux malades atteints de dyspepsies rebelles. Nous voudrions que la question fût posée dans un sens différent de celui indiqué par le D^r Longuet. La question n'est donc point, pour nous, de savoir si une dyspepsie est liée à l'existence d'une appendicite larvée ; mais bien plutôt de faire le diagnostic de cette appendicite. Encore une fois, ce mode de poser la question est dangereux, parce qu'il peut conduire à une opération inutile.

D^r WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

SUR LA COXALGIE, par le Dr SCHWARZ, de Baden.

Le nombre des médicaments employés contre la coxalgie est immense ; voici seulement les principaux :

Ferrum phosph. 5°. Suite de refroidissement, douleur surtout nocturne, jusqu'à minuit, qui fait sortir le malade du lit. La station sur la jambe malade est presque impossible; la marche aggrave le mal au commencement, puis le diminue. La face est pâle, rougit un peu par la douleur.

Belladone. De midi à minuit. Sensible au toucher et au mouvement, au moindre courant d'air, amélioré par la position suspendue de la jambe, la station debout, la chaleur et la sueur. Paraît et disparaît subitement.

Rhus toxic., après l'humidité, les efforts. Engourdissement, raideur, paralysie; aggravation par le lit et le repos, amélioration par le mouvement; faiblesse, épuisement; la douleur va des tendons aux muscles.

Chamom., grande irritation; aggravation nocturne. Tension crampoïde des muscles.

Calc., *phosph.* 5°. Douleur plus forte au repos de la nuit, froid et engourdissement, fourmillement très caractéristique.

Colocynthis, douleur allant vers le bas, surtout le jour, rien la nuit, aggravée par le mouvement, la pression, le froid, le changement d'humeur, la boiterie. On doit éviter

en s'asseyant de comprimer le nerf, surtout quand on est au repos et dans la chaleur. Névrose pure.

Lycopod., succède aux variations du temps. Raideur et faiblesse dans la hanche. Tiraillement dans les muscles. Urine trouble, avec sable rouge. *Magnesia ph.*, 5°. Retour intermittent, contraction musculaire changeant de place, avec douleur térébrante, crampoïde.

Arnica, après la fatigue, le surmenage; fourmis, paralysie; le malade change de place; le siège et le lit semblent trop durs.

Ruta, douleurs comme dans les os; les nerfs semblent trop court; le malade est obligé de remuer constamment sa jambe; aggravation assis et au repos, après le tiraillement et l'entorse.

Rhododendron, aggravation au mauvais temps, forme chronique, douleurs tiraillantes, mobiles.

Pulsatilla, aggravation du soir et de la nuit, au chaud; amélioration au grand air, et par un froid léger. Envie de changer de place.

Sepia, pendant la grossesse; de 3 à 5 heures du matin; gonflement marqué des veines des jambes; douleur au bas de la jambe, améliorée par le repos.

Zincum. Douleur au sacrum, quand on se retourne dans son lit, la cuisse gauche semble luxée, ainsi que la hanche et le genou. Tension des muscles au mouvement.

A ces remèdes, l'auteur ajoute l'emploi des eaux minérales plus ou moins chargées de sels, telles que Baden-Baden, et l'élongation du nerf, sans effusion de sang.

Répertoire.

I. Douleur.

Fourmillements, *Arnica*, *Lycopod.*, *Rhus*.

Fulgurante en arrière: *Acon.*, *Coloc.*

Térébrante à gauche : Natr. sulf.

Brûlante : Iris.

Brûlante avec angoisse et agitation : Arsen.

Brûlante comme un fer chaud : Laches.

Lien de fer, étau : Coloc.

Vive douleur dans le nerf : Gnaphal.

Intermittente : Argent. n., Arsen., Ferr., Ign., Natr. mur., Sepia.

Intermittente, irrég : Coffea.

Coups, comme si l'os voulait éclater : Ign.

Os comme brisés : Ruta.

Persistante dans les os : Phytolac.

Dans les os : Ruta, Kali. jod.

Crampoïd. : Menyanthe.

Crampoïde, avec raideur dans la hanche et la cuisse : Bell.

Paralysée, insensible : Arnica, Ledum, Oxal. de zinc.

Membre comme allongé : Krésosot., Bellad.

Lancinante : Sepia, Ignatia.

Pressante : Plumbum, Phytolac.

Comme de luxation : Ruta, zinc.

Tirillante : Capsic., Cham., Acon., Coffea, Caustic, Coloc., Kal. jod., Merc., Nux v.

Subite : Arn., Bry., Iris, Phytol., Capsic., Coffea, Plumb.

Subite dans la hanche g. : Kal. jod.

Coupante : Phytolac.

Tension : Acon., Lycopod., Psor.

Engourdissement : Acon., Rhus, Nux v.

Engourdissement alternant avec douleur : Graph., Kréos.

Comme luxée : Iris.

Tirillante : Phytol., Merc., Mez., Nux vom., Plumb.

2. Localisation.

A droite : Calc. carb., Dioscorea, Kali jod., Phytol., Tellur.

A gauche : Bell., Calc. carb., Caustic. Still.

A gauche, le membre comme allongé : Oxal. de zinc.

Articulation de la hanche : Ignat., Ledum, Lycopod.

Hanche, muscles comme raccourcis : Ruta.

Psoas comme trop court : Coloc.

Psoas en arrière jusqu'au genou : Arg. nitr.

— jusqu'au pied : Coloc., Nux vom.

— Plumb.

Cuisse, en dehors : Phytol.

Le bas du membre : Acon., Graph., Iris, Phytol.

— avec coups dans le genou : Coloc.

— remontant vers la cuisse, g. en

dehors : Caust.

Les talons : Sepia.

Douleurs de coups, en remontant : N. vom.

De bas en haut : Bell., Ledum, N. vom., Oxal. de zinc.

Allant d'un côté à l'autre : Lac. caninum.

Sensation de paralysie dans l'aîne : Oxal. de zinc.

Change de place (la tête, les dents et le nerf sciatique.) : Lachesis.

3. Symptômes concomitants.

Angoisse et agitation : Ars.

Brûlure des paupières : Colc.

Face pâle, rougissant un peu : Ferr. ph.

L'hypogastre, les reins brûlent comme du feu : I

Pulsations et bourdonnements d'oreilles : Oxal. d

Constipation : Lach., N. vom.

— avec flatulence : Lycop.

— alternant avec diarrhée : psorin.

Larmes : bell., puls.

Urines très rouges, avec sable rouge : lycop.

Douleurs à g., dans l'épaule : Oxal. de zinc.

Atrophie muscul. : Plumb.

Agitation, calmée par le mouvement : Rhus.

— non calmée par le mouvement : Ars., Ferrum, Ruta.

Agitation des jambes : Bellad.

Le membre est comme paralysé, broyé : Arg. n.

— est comme paralysé, raide : Rhus tox.. Iris.

— est comme allongé : Arg. nitr.

— tension douloureuse des muscles au mouvement : Oxal. de zinc.

Raideur de la hanche et de la cuisse : Bell.

Peu solide sur la plante des pieds : Ledum.

Les veines de la jambe sont gonflées : Sepia.

Les muscles en sont tirillés, contracturés : N. mur.

Chaleur sans soif : Ign.

— dans le membre : Mer.

Froid : Puls.

— avec soif : Ign.

— général : Ledum.

— aux pieds : Acon., Lycop.

Agitation, insomnie : Ars., Bell., Coff., Merc.

Sueur et soif : Col.

Sueur qui ne soulage pas : Merc.

Bouffées de chaleur : Lachesis.

4. *Aggravation.*

Par l'action de se lever : Bry., Lachesis, Ruta, Sepia.

Le toucher : Bell., Hepar., Mezereum.

Le lit : Ledum, Merc, Kal. bichr.

Hors du lit : Ferrum.

Chaleur du lit : Ledum.

Mouvement : Bry, Kali jod, Nux.

Mouvement, au début : Rhus tox., Ruta.

Mouvement modéré : Iris (le mouvement violent ne fait rien).

Se retourne dans le lit : Natr. sulf., Oxal. de zinc.

Pression : Drosera, Kali bichr., Puls.

Frissons à l'air froid : Aconit.

Marche : Coffea, Col., Graph., Lach., Kal. jod., Podoph.

Marche fatigue : Gnaphal., Plumb.

Marche lente : Iris.

Se lever : Nux. v.

Toux : Capsic., Tellur.

Rire : Rhus, Tellur.

Se coucher : Ruta, obligé de changer de place, le lit est trop dur : Diosc., Arn.

Se coucher sur le côté douloureux : Kal. jod., Tellur.

— sur le dos : Kal. jod.

— sur un côté : Natr. sulf.

Le moindre courant d'air : Bell.

Courant d'air prolongé : Repar.

Le repos : Natr. sulf., Ruta, Rhus.

Le repos; est obligé de remuer continuellement : Ruta, Rhus.

La position assise : Ammon. mur., Bellad., Lachesis, Ruta, Kali bier.

- La position assise, quand on se lève : Bry.
— quand on se rasseoit : Iris.
— au commencement : Natr. sulf., Rhus.
— doit prendre garde de ne pas presser sa
hanche : Coloc.
Station debout : Kreos., Val., Kal. bichr.
Quand on se lève : Podoph.
Pendant la défécation : Nux. v., Tellur.
Après le sommeil : Lachesis, Kali jod.
Pendant le sommeil. Sent la douleur : Kali.
Quand arrive la chaleur : Ledum.
Dans la chaleur : Puls.
Froid sec : Acon.
— humide : Rhus.
Changement de temps : Berberis.
Tempête : Rhodod.
L'hiver : Ign.
Dans une chambre chaude : Puls.
Le matin de 3 à 5 heures : Sepia.
Le matin : Nux vom.
Matin et midi : Arg. nitr.
De midi à minuit : Bellad.
Après midi : Coff.
Soir : Bry., Coloc.
Le soir jusqu'à minuit : Ferr., Led.
Soir et nuit : Mer., Pulsat.
Le jour seulement : Coloc.
La nuit : Coff., Kali jod., N. vom., Merc., Phytol.,
Rhus, Oxal. de Zinc.
La nuit, chassé du lit par le mal : Ferrum.
A minuit : Ars.
Tous les quatre jours : Lycop.

Amélioration par :

L'action de se lever : Bellad.

— de sortir du lit : Dros., Sepia.

L'élévation du membre : Bell.

La flexion : Ars., Col., Kali bichr.

Mouvement : Natr. sulf., Rhus, Ruta.

— persistant : Rhus, Ruta.

— rapide : Iris.

Changement continuél de position : Puls.

Mouvement continuél des pieds : Caust., Zincum.

Marche : Bellad.

— lente : Sepia.

— rapide : Iris.

— continuelle : Rhus, Ruta.

Chaleur : Bellad., Nux v., Rhus.

— sèche : Rhus.

— l'été : Ign.

Froid : Bry.

Couché sur le côté douloureux : Bry., Col.

A l'air libre : Mer., Pulsat.

Pression : Coffea.

Frottement : Rhus.

Au repos : Bry., Lach., Sepia, Hepar.

Sueur : Bellad.

Grossesse : Sepia.

Eté : Ignatia.

Station debout : Bellad.

Repos au lit : Lach. Coloc.

Eau chaude : N. vom.

Chaleur : Ars., Bellad.

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

LA LEVURE DE BIÈRE

Une communication récente de M. le D^r Piétri (de Nice) va nous permettre de revenir sur l'importance de la levure de bière, en thérapeutique. M. le D^r Piétri a eu l'idée de traiter deux varioleux âgés de 40 à 45 ans, ayant été vaccinés, mais non revaccinés, par l'emploi de la levure de bière. Malgré la confluence de l'éruption, la maladie a évolué sans fièvre ni suppuration. Le médicament avait été ordonné aux doses de 5 à 6 cuillerées à café par jour, et continué pendant une dizaine de jours. Le nombre restreint de malades traités par M. le D^r Piétri ne permet pas encore d'émettre des conclusions définitives sur la valeur de cette médication. L'auteur serait heureux que des confrères munis de varioleux, voulussent bien expérimenter sa méthode. Ce sont souvent les agents thérapeutiques les plus simples qui produisent les résultats les plus inespérés.

Aussi bien, le traitement de la variole par la levure de bière est rationnel. Le remède réussit fort bien dans la furonculose et même dans certaines dermatoses suppurées (impétigo, acné, folliculites sycosiformes, orgelets). Il semble avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré. M. le D^r Piétri a donc été heureusement inspiré en prescrivant la levure de bière dans la variole.

Le médicament est en outre susceptible d'applications

externes. Il a été employé dans la leucorrhée, dans la vaginite blennorrhagique. Diluée dans un peu de bière jusqu'à consistance demi-liquide, la levure est injectée au moyen d'une seringue jusqu'au niveau du col, et maintenue au contact de celui-ci, moyennant un tampon de coton hydrophile.

Outre son action dans les maladies suppuratives et la leucorrhée, la levure de bière exerce une influence qui paraît favorable sur un certain nombre de maladies infectieuses.

Pierre Marie l'a ordonnée dans la pneumonie. Faisans l'a employée dans la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde. Quelle est la valeur de la levure dans cette dernière maladie? Elle supprimerait la diarrhée, ferait perdre la fétidité des selles, abaisserait le degré thermique (D^r Laffont), et doit en général être considérée comme un adjuvant précieux de la méthode de Brand. Pour obtenir ces résultats, le remède doit être administré à l'intérieur et en lavements. A l'intérieur, une cuillerée à café 3 fois par jour; en lavements à dose double : 2 cuillerées à café 3 fois dans les 24 heures, dissoutes dans 150 grammes d'eau bouillie.

Thiercelin se serait bien trouvé de la médication dans les gastro entérites infantiles et les entérites dysentériques.

Les médecins lyonnais opposent la levure de bière aux angines phlegmoneuses. L'un d'eux, le D^r Durand (*Lyon médic.* 9 février) à qui nous empruntons un certain nombre des détails qui précèdent, a usé de la méthode dans un cas d'amygdalite phlegmoneuse. La malade est soulagée après avoir pris le remède à la dose de 4 cuillerées à café par jour. Alors que la tuméfaction amygdalienne était

énorme, celle-ci disparaît après l'évacuation de quelques gouttes de pus sanguinolent.

Le médicament n'agit qu'autant que de bonne qualité. On s'assurera de sa valeur, si la levure est sèche, en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25° à 35°. Si le produit est bon, la fermentation doit s'opérer rapidement. (*Journal des praticiens*, 1^{er} mars).

OPOTHÉRAPIE CÉRÉBRALE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

On sait que, dans l'épilepsie, la médication bromurée n'atténue pas toujours l'agitation qui fait fréquemment de l'épileptique un des pensionnaires les plus désagréables des asiles d'aliénés. Pour remédier à cette lacune du traitement actuel du mal comitial et tenant compte des propriétés antitoxiques de la substance cérébrale saine — fait que Wassermann et Takaki furent les premiers à mettre en évidence — M. M. Lion (*Vratch*, 27 octobre 1904) a eu l'idée d'administrer aux épileptiques turbulents un produit opothérapique, la cérébrine ou phrénosine. C'est une substance extraite du cerveau et dont la formule est $C^{70}H^{140}N^2O^{13}$. Dès ses premiers essais avec ce remède, notre confrère fut frappé des effets obtenus : les malades les plus agités ne tardaient pas à se calmer et leur caractère s'améliorait manifestement : les accès de petit mal, les phénomènes proeursifs et autres équivalents psychiques diminuaient de fréquence et d'intensité. Les observations ultérieures ne firent que confirmer en tous points ces premiers résultats, et elles permirent à M. Lion de se convaincre que le meilleur traitement de l'épilepsie consiste à associer l'opothérapie cérébrale aux

bromures employés suivant le procédé de MM. Toulouse et Richet, c'est-à-dire concurremment avec un régime alimentaire dont le chlorure de sodium se trouve rigoureusement exclu. Dans ces conditions, il suffirait d'ordinaire d'administrer, par jour, 0 gr. 4 à 0 gr. 6 de cérébrine (en plusieurs tablettes) et 2 à 3 grammes de bromure de sodium pour obtenir très rapidement les effets curatifs les plus favorables. (*Bulletin médical*, 20 novembre).

LES LAVAGES DE L'ESTOMAC AVEC UNE SOLUTION
DE NITRATE D'ARGENT COMME CHOLAGOGUE.

Un médecin allemand, M. le D^r F. Ehrlich (de Stettin), traite, depuis quelque temps, les cas graves d'angiocholite, ainsi que la cholélithiasie (surtout compliquée d'angiocholite ou de cholécystite), par des lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent. A cet effet, le patient étant à jeun, notre confrère commence par laver la cavité gastrique au moyen d'eau chaude à 40° ou 50°, jusqu'à ce que le liquide revienne complètement clair. Puis on introduit dans l'estomac 500 c. c. d'une solution chaude (40° ou 50°) de nitrate d'argent à 1 0/0 (dans l'eau distillée), et, après avoir laissé agir ce liquide pendant trente secondes à deux minutes, on le retire pour recommencer la même manœuvre une seconde fois. Enfin, on termine par un lavage à l'eau ordinaire chaude, qu'on a soin de continuer tant que le liquide conserve une certaine lactescence. Comme la durée totale de l'opération est assez longue (de dix à quinze minutes), il est bon d'y habituer, au préalable, le malade à l'aide de lavages ordinaires, de façon à être sûr de pouvoir mener à bonne fin

l'irrigation au nitrate d'argent, car le fait d'être obligé de laisser dans la cavité stomacale une quantité plus ou moins considérable de solution argentique, pourrait naturellement donner lieu à une intoxication grave.

Les lavages — qui doivent être pratiqués immédiatement avant les repas — ne seraient nullement douloureux, mais en raison de l'impression plus ou moins pénible que détermine toute irrigation de l'estomac, surtout chez les sujets nerveux, on devra espacer les séances, en laissant entre elles un intervalle d'un ou deux jours. Il va de soi qu'on aura soin d'instituer, en même temps, un régime alimentaire approprié (viande maigre et, de préférence, hachée, jaunes d'œufs, beurre frais, boissons chaudes, etc.).

Après quelques lavages, on noterait une tuméfaction considérable du foie avec aggravation plus ou moins marquée des symptômes morbides; puis, le traitement étant continué, on verrait survenir une diarrhée bilieuse accompagnée d'expulsion de calculs, s'il s'agit de cholélithiase; la tuméfaction de la glande hépatique et tous les autres phénomènes anormaux ne tarderaient pas alors à se dissiper.

En dehors de l'action mécanique exercée par le lavage de l'estomac (massage du foie) et des effets thermiques dus à la température de la solution employée, le nitrate d'argent agirait encore par lui-même en pénétrant dans le duodénum et en provoquant un boursoufflement de la muqueuse de l'orifice du canal cholédoque avec hypersécrétion réflexe de bile, d'où tuméfaction du foie et, finalement, débâcle biliaire. Le nitrate d'argent exercerait, d'ailleurs, une action cholagogue, alors même qu'on l'administrerait tout simplement par la bouche (à la dose

quotidienne de 3 cuillerées à soupe d'une solution à 10/00), mais cette façon de procéder ne serait pas exempte d'inconvénients (goût métallique persistant, perte d'appétit, etc.), tout en étant moins sûre.

(*La Semaine médicale*, 16 avril).

EMPLOI DES CAPSULES SURRÉNALES CONTRE LA PNEUMONIE

Ayant eu l'occasion de constater l'efficacité de la médication surrénale dans une hémoptysie grave, M. le Dr E. A. Gray (de Chicago) a eu l'idée de recourir au même moyen chez 2 vieillards, dont l'un fut pris d'une pneumonie gauche au cours d'une néphrite aiguë consécutive au diabète, et dont l'autre présentait une fluxion de poitrine avec expectoration sanguinolente. Dans les deux cas, le traitement ne tarda pas à amener un abaissement de la température et une diminution sensible du nombre des pulsations, en même temps qu'on constatait une régression rapide des symptômes locaux. Depuis lors, notre confrère a employé avec succès les capsules surrénales dans un certain nombre de pneumonies, en faisant prendre de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. de substance surrénale toutes les deux ou trois heures. Cette médication agirait surtout comme stimulant du cœur et serait, en conséquence, particulièrement indiquée en cas de faiblesse cardiaque confirmée ou imminente, ainsi que pour combattre la gêne de la circulation pulmonaire. Aussi pourrait-on y avoir recours avec avantage dans des affections autres que la pneumonie; c'est ainsi que M. Gray en a obtenu un excellent résultat dans un cas d'asthme compliqué d'albuminurie chez un vieillard de soixante-dix-huit ans: sous l'influence du traitement, le pouls, qui

battait 100 fois à la minute, tomba rapidement à 82 pulsations, l'expectoration de sang s'arrêta complètement au bout de quelques heures et l'albuminurie elle-même disparut le surlendemain. (*Semaine Médicale*, 23 avril).

COLIQUE SATURNINE GUÉRIE PAR L'HUILE D'OLIVES

M. DUPLANT (de Lyon), a communiqué, à la Société des sciences médicales de Lyon, l'observation suivante qui montre les heureux effets du traitement préconisé par le professeur Weill :

« Le nommé P., vitrier-encadreur, âgé de 45 ans, ne fit demander comme médecin du bureau de bienfaisance, le 8 mai. La manipulation du mastic avait déterminé chez lui une intoxication saturnine, démontrée par l'existence d'un liséré gingival des plus typiques. Depuis six jours, il souffrait de coliques atroces accompagnées de rétraction du ventre, de constipation et de vomissements. Il demanda au début des accidents le médecin de nuit, puis un médecin de nuit, puis un médecin de quartier. Le diagnostic de coliques saturnines fut posé et le traitement classique par la belladone, la morphine, fut institué. Le malade n'eut que quelques heures d'amélioration. La constipation résista à tous les moyens mis en œuvre.

Le malade, à mon arrivée, ne pouvait supporter que la position génu-pectorale. Il poussait des gémissements incessants et vomissait constamment. La glace, la limonade, la potion Rivière, l'eau chloroformée furent sans effet. Lorsque je proposai le traitement par l'huile d'olives, les personnes de l'entourage protestèrent, déclarant qu'il n'en garderait pas une goutte. J'insistai et fis ingérer de l'huile par quarts de verre. Le malade ne vomit pas une seule fois, et deux heures après le début du traitement

il était soulagé. Dans la soirée il eut une selle, dans la nuit une reprise des douleurs qui cédèrent à une nouvelle absorption d'huile. Depuis, le malade a repris ses occupations.

Cette observation nous démontre que l'ingestion d'huile d'olives chez les saturnins atteints de colique, soulage les douleurs, supprime les vomissements et provoque des évacuations alvines indiquant la cessation du spasme intestinal. Ce traitement peut réussir alors que tous les procédés classiques échouent contre la crise. »

Ces résultats, comme l'a fait observer M. Weill, sont intéressants car ce procédé n'a pas été accepté avec beaucoup d'enthousiasme au début. L'huile d'olive ne passe pour un antinauséux, et cependant son ingestion a fait cesser chez le malade de M. Duplant, et jadis chez un malade du service de M. Bard, des vomissements qui résistaient à tous les médicaments.

Il existe dans la colique saturine un spasme des muscles de l'abdomen et des fibres lisses de l'intestin. L'huile fait cesser les contractions du sphincter pylorique d'abord, puis du muscle intestinal.

On peut comparer son effet à celui qu'elle possède dans la colique hépatique où elle supprime le spasme du cholédoque. (*Lyon méd.*, 13 juillet 1902, et *Gaz. des hôpitaux*, 17 juillet.

ACTION HYPNOTIQUE DE L'APOMORPHINE CHEZ LES ALCOOLIQUES

L'attention des praticiens a été appelée récemment sur la valeur de l'apomorphine comme hypnotique chez les alcooliques. MM. COLEMAN et POLK ont pu expérimenter l'action de ce remède sur 300 sujets admis dans un même

hôpital et ils ont publié l'observation analytique de 87 cas.

Pour agir comme sédatif et hypnotique, l'apomorphine doit être administrée par la voie hypodermique. Sur 13 cas où on l'administra par la voie buccale on n'obtint le sommeil que deux fois. Sur 74 cas, traitées par la voie hypodermique, l'action hypnotique fut obtenue 50 fois. Naturellement, la moitié environ des malades ont des vomissements. Il est difficile d'établir exactement la posologie : il est prudent de commencer par un centigramme et de tâter ensuite progressivement le terrain. En cas de vomissement, attendre plusieurs heures avant de continuer le traitement. L'action hypnotique ne dure que quelques heures. Le chloral, le bromure, administrés peu de temps après l'apomorphine, prolongent efficacement son action. (*Améric. med.*, 8 mars 1902, et *Gaz. des hôpitaux* 17 juillet).

L'IODURE D'ÉTHYLE DANS LA COQUELUCHE (1).

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médications employées pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on sait que rien n'est d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale, s'en remettant au temps d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante ténacité. Tel clautre les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme ; tel

(1) Communication du Dr Ch. Amat à la Société de thérapeutique.

autre, escomptant au contraire la cure d'air, recommande les sorties fréquentes et prolongées et reste fidèle à la médication belladonnée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses, et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications, elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche elle-même. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments, et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu, et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille sur un petit garçon de deux ans et demi et sur un nourrisson de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vainement les pulvérisations thymolophéniquées avaient été utilisées ; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et chez le nourrisson, qui s'était jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculations jennériennes, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heure par des quintes qui ne variaient ni en nombre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière

affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du patient, afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes ; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants ; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite ; néanmoins, la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court, au point que, huit jours après, on ne comptait plus que 6 accès bénins dans les vingt-quatre heures, au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorber par le petit enfant de deux ans et demi le moindre médicament. A insister, on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle, dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coquelucheux, ont manifesté le vif désir de la voir signalée. (*Gaz. des Hôpitaux*, 29 juillet).

VARIÉTÉS

La doctrine de l'espèce et l'origine du langage.

RÉFUTATION DU TRANSFORMISME ET DE LA THÉORIE CELLULAIRE

A propos du livre de M. Topinard « Science et foi » (Suite).

3° *Origine du langage.* — La faculté du langage est, pour toutes les écoles, le caractère le plus important parmi ceux qui distinguent l'homme des animaux ; à tel point que Schleicher a pu dire : « Si un porc me disait : je suis un porc, il cesserait d'être un porc. » Le langage, en effet, et l'existence des idées générales qu'il suppose, est la caractéristique absolue de l'homme. Aussi, sur ce terrain, la bataille est incessante entre les évolutionnistes matérialistes et les partisans de la création. Les premiers soutiennent que c'est l'homme qui a inventé le langage ; les seconds enseignent que l'homme a été créé parlant.

Avant de chercher à résoudre ce problème, nous analyserons les phénomènes qui constituent le langage ; nous déterminerons les caractères de ces phénomènes, et quand nous aurons fixé ces caractères, nous pourrions rechercher avec fruit l'origine du langage.

Le premier fait qui résulte de l'analyse des phénomènes du langage, c'est qu'ils se composent essentiellement d'un *signe* (parlé ou écrit) et d'une *idée*.

Le deuxième fait, c'est qu'une idée qui n'est pas représentée par un signe est absolument comme si elle n'existait pas. Je remarque expressément, que ne voulant en aucune façon examiner le problème des *idées innées*, je ne nie pas leur existence en l'absence du signe...

Mais ces idées ne pouvait ni être perçues par l'intelligence qui les possède, ni être communiquées à d'autres intelligences, sont absolument comme si elles n'existaient pas.

En d'autres termes, on ne peut communiquer ses idées et avoir conscience de ses idées qu'à la condition qu'elles soient représentées par un signe écrit ou une parole. L'intelligence qui pense, pense dans une langue déterminée, français, allemand ou anglais... En sorte que si J. de Maistre a pu dire : « La pensée est le discours que l'esprit se tient à lui-même », c'est qu'il a compris que l'idée n'avait d'existence que par son signe. Le père Monsabré, dans sa 6^e Conférence, après avoir exposé les magnificences du langage, résume ainsi sa pensée : la parole a un corps, — le signe, une âme, l'idée; — signe et idée, corps et âme, tellement unis qu'ils ne forment qu'une seule chose » (6^e Confér., p. 211).

C'est à cette pensée que j'ai emprunté ma définition du langage : « Le langage est l'incarnation d'une idée dans un signe ».

Encore une remarque : la même idée peut être exprimée par des sons tout à fait différents ; ainsi, le mot qui exprime l'idée d'amour, par exemple, n'est pas le même en français, en anglais, et en allemand, etc... Comment cela se fait-il ? La comparaison employée par Aristote, du sculpteur et de la substance dans laquelle il incarne son idée nous fera comprendre ce problème ; que le sculpteur se serve de marbre, de bois ou d'or, l'idée qu'a enfantée son intelligence s'incarnera dans ces corps différents et la représentation sera identique. De même l'idée est identique qu'elle s'incarne dans l'une ou l'autre langue.

Maintenant que nous savons quels sont les caractères du langage, examinons le problème de son origine.

Théorie évolutionniste. — Dans la théorie évolutionniste l'homme aurait inventé le langage soit directement et par un effort intellectuel d'un individu mieux doué que les autres, et c'est là l'opinion de M. Topinard ; soit, comme on l'enseigne généralement dans l'école évolutionniste, par la transformation successive des interjections, des onomatopées et de la pantomime. La première opinion est tout simplement ridicule, vous figurez-vous, dans la version de M. Topinard, un singe mieux doué que les autres, inventant la parole, par un effort de son intelligence. A la place d'un individu isolé on a supposé une réunion d'*hommes muets*, délibérant pour fixer les règles du langage. Cette supposition est fantastique ! Nous savons que l'idée est absolument comme si elle n'existait pas en l'absence du langage. Comment comprendre que des hommes, aussi privés d'intelligence que les sourds-muets sans instruction, soient capables d'une opération aussi difficile que celle d'inventer une langue ! C'est le cas de répéter avec J.-J. Rousseau : « Le langage me semble fort nécessaire pour inventer le langage ».

La théorie de la transformation progressive des interjections, des onomatopées et du geste en langage articulé est beaucoup plus sérieuse et a été soutenue par des hommes de talent.

Nous ferons à cette théorie trois objections. La première c'est que les interjections et les cris n'expriment que des sensations ; la douleur, la joie, la crainte, la colère ; ils nous sont communs avec les animaux ; les onomatopées ne peuvent servir qu'à désigner un animal, le coucou par exemple ou un bruit de la nature comme le vent, la pluie, le tonnerre. Quant aux gestes et à la pantomime, dans leur développement le plus raffiné, ils ne peuvent traduire que des sentiments : l'amour, le chagrin,

la générosité, l'égoïsme ; ou des actions comme marcher, courir, fuir, venir, etc... Mais aucune de ces différentes formes d'expression n'a jamais représenté une idée, ni cette catégorie d'idées appelées générales comme homme, animal, la blancheur, le bien, le mal, etc., ni même les idées concrètes.

La deuxième objection qui a été faite à la théorie évolutionniste du langage, c'est que si les interjections et les onomatopées avaient servi d'éléments au langage, on le retrouverait d'autant plus abondant qu'on se rapprocherait des langues primitives. or, c'est le contraire qui a lieu. Le Révérend Père Rat S. J. (*Revue des questions scientifiques*, 8 novembre 1901), remarque avec juste raison que ces premières expressions du langage sont essentiellement infécondes et qu'à quelques rares exceptions, comme *coquérico* (coq), on ne retrouve point dans les langues de mots dérivés des onomatopées.

La troisième objection que nous opposerons à la théorie de la transformation des interjections et des onomatopées en langage articulé est beaucoup plus importante ; elle est tirée de la différence radicale qui existe entre le premier genre d'expression et le second.

Les expressions de l'ordre des interjections et des onomatopées ont pour caractère d'être toujours les mêmes, chez tous les hommes et dans tous les temps ; elles sont en quelque sorte immuables ; parce que dans le premier cas, les interjections, elles proviennent de sensations, toujours les mêmes ; et que dans le second cas, les onomatopées, l'expression devant imiter un bruit naturel, et ces bruits ne changeant pas, les onomatopées sont les mêmes chez tous les hommes. Ainsi, pour les interjections, les cris de douleur, de joie et de colère sont absolument comparables, j'ajouterai même que les passions violentes

comme la colère se traduisent chez les animaux par des cris analogues aux interjections de l'homme. Les rugissements du tigre et l'espèce de juron des chats rappelle le cri de la colère chez l'homme.

Les onomatopées, avons-nous dit, imitent des bruits naturels ; elles désignent le *coucou* par son chant, le tonnerre par une imitation du bruit de la foudre ; *frou-frou* nous rappelle le bruit d'une robe de soie, et *tric-trac* celui d'un jeu bien connu. Ces onomatopées sont évidemment invariables comme les bruits qu'elles imitent et sont les mêmes partout où ces bruits sont perçus.

Le langage proprement dit, celui qui exprime des idées, a des caractères absolument différents.

Son premier caractère est d'être variable et changeant. Les trois grandes familles de langues *monosyllabiques*, *agglutinatives* et à *flexion* sont essentiellement différentes ; et chacune de ces familles renferme une multitude de dialectes, qui sans doute, présentent entre eux quelques ressemblances, mais aussi des différences, et des différences telles, que les nations d'une langue ne comprennent pas les nations d'une autre langue.

Quant aux variations que les langues ont présentées dans le temps, leur histoire est là pour en faire foi.

Mais le caractère qui sépare absolument le langage proprement dit des autres modes d'expression, c'est qu'il est impossible de saisir, dans le langage, le rapport qui unit le signe à l'idée.

Pour les interjections et les onomatopées le rapport est perceptible pour tous ; pour le langage proprement dit, il reste un problème insondable. Quel rapport par exemple concevoir entre les sons produits par la voix ou les signes tracés par l'écriture pour exprimer le mot *Dieu* et l'idée de Dieu.

La même difficulté existe pour *âme, homme, vertu, vice, etc.*, et pour toutes les idées générales.

Que je dise *Dieu, Deus, Θεος, Déva*, tout homme me comprendra s'il appartient à la langue française, latine, grecque ou sanscrite. Et cependant le rapport qui lie indissolublement ces sons divers à l'idée de Dieu nous échappe complètement. Qu'on ne nous objecte pas que dans le sanscrit *Déva* signifie *lumière* ou même, suivant d'autres interprétations, *céleste*, la difficulté ne sera que reculée, car quel rapport y a-t-il entre le mot *déva* et l'idée de lumière ou du ciel.

Ce rapport mystérieux du signe et de l'idée dans le langage passe inaperçu pour la foule ; l'usage, que chaque jour, elle fait du langage l'a accoutumé à ce mystère comme le soleil qui se lève chaque jour l'a habitué à la lumière. Il me semble qu'il y a pourtant dans cette nature intime du langage quelque chose de bien supérieur à la matière ; quelque chose qui passe l'intelligence même de l'homme, qu'il y a là un caractère divin.

Comparons à ces clartés qui jaillissent de l'examen de la nature du langage la pauvreté évolutionniste. Comment cette doctrine, partant d'une cellule, dépourvue de tout principe actif, sans âme et sans principe recteur, suivant Virchow, peut-elle arriver, par les seules forces *physico-chimiques*, à constituer un homme doué de la parole ? Comment les forces physico-chimiques suffisent-elles à créer le langage : à unir indissolublement une idée et un signe ?

Les évolutionnistes et les adeptes de la doctrine cellulaire peuvent être fiers de leurs connaissances aussi limitées que spéciales en physiologie organique ; mais ils sont véritablement bien petits quand, quittant le terre-à-terre de la science, ils veulent s'élever à la connaissance de la nature de l'homme et des problèmes de l'intelligence. Leur ignorance ou même leur inconscience de ces ques-

tions, n'a d'équivalent que l'audace avec laquelle ils en parlent.

Dans la doctrine de la création l'homme est sorti des mains de Dieu adulte et parfait ; par conséquent intelligent et doué de la parole, puisque nous avons démontré que sans signe il n'y avait pas d'idée, que l'intelligence sans langage pouvait bien exister *in posse*, mais quelle était comme n'étant pas, puisqu'elle ne pouvait se manifester ni à la conscience ni au dehors ; donc l'homme a été créé parlant.

Mais si l'homme a été créé parlant, l'*enfant*, comme son nom l'indique, est muet quand il vient au monde ; et si on ne lui enseigne point à parler, ce qui n'est qu'une hypothèse, ou mieux s'il ne peut entendre la parole, comme le sourd de naissance, il reste muet.

Démonstration expérimentale de cette vérité que le langage s'enseigne et ne s'invente point.

Le sourd et muet absolument privé d'enseignement n'existe pas, puisque, vivant au milieu de la société, il ne peut échapper entièrement aux influences qui l'entourent de toute part ; mais ce que je soutiens, c'est que le sourd et muet qui n'a pas été enseigné, ne possède aucune idée abstraite ; et mon opinion s'appuie sur les rapports exposés plus haut entre l'idée et le signe.

On a interrogé les sourds et muets instruits pour savoir, si avant toute instruction, ils avaient une idée de Dieu, de l'âme ou autres idées semblables ; ils n'ont pu répondre à ces questions. Quelques-uns de ces hommes dévoués, qui se consacrent à l'éducation des sourds-muets, ont expliqué cette absence de réponse, par un défaut de mémoire. Les sourds-muets, disent-ils, oubliant complètement ce qui a précédé leur instruction. Il est facile en effet de ne pas se rappeler ce qu'on n'a jamais su ; les sourds et muets ne

pouvaient avoir l'idée de Dieu sans posséder le signe qui correspond à cette idée ; n'ayant encore appris aucun langage, ils ne possédaient aucune idée abstraite, pas plus celle de Dieu que celle de l'âme ; n'ayant pas plus celle de Dieu que celle de l'âme ; n'ayant pas possédé ces idées, ils ne peuvent les avoir oubliées.

L'observation, si féconde en enseignements, de l'état mental des sourds-muets, permet de constater que le montant des idées abstraites qu'ils possèdent est en exacte proportion avec le nombre des signes qu'ils ont acquis.

L'étude des langues des peuplades sauvages et dégénérées permet de constater les mêmes faits ; c'est-à-dire que la pauvreté de la langue est l'image exacte de la pauvreté des idées.

4° *Métaphysique, sociologie, politique*, — Pour en finir avec l'examen du livre de M. Topinard, justifions en quelques lignes, le jugement sévère que nous avons porté en commençant, sur ses connaissances métaphysiques, socialistes et politiques.

Jamais un métaphysicien n'aurait confondu l'âge végétative d'aristote avec le *moi*, faculté essentiellement consciente, et n'aurait décrit le *moi de la monère*.

Le titre lui-même du livre de M. Topinard constitue un sollécisme. « *La Science et la Foi* » ! Tous les jours on compare la raison avec la foi, la science avec la religion ; mais à ma connaissance, M. Topinard est le premier qui ait comparé la foi, vertu analogue à la charité et à l'espérance, avec la science, constituée par un ensemble de connaissances.

Son essai de science sociale qu'il appelle la *sociotechnie*, et dans lequel il expose les fonctions et les devoirs de l'Etat ; où il traite de l'éducation, de la liberté, de la religion et surtout de la transformation du *moi animal* en

moi social, décèle un fond d'honnêteté, que nous aimons à constater ; mais en même temps, une absence par trop complète des connaissances spéciales nécessaires pour traiter ces questions difficiles.

La politique couronne l'œuvre de M. Topinard, et contient tout un projet de constitution avec le nombre et l'âge des députés et des électeurs, suivi de l'exposition des rouages compliqués d'un gouvernement représentatif.

Toute cette partie de l'œuvre de M. Topinard est absolument négligeable et j'aurais préféré ne pas la lire, je ne serais pas obligé de conclure comme le proverbe latin : « *Ne sutor supra crepidam* ».

D. P. JOUSSET.

Un membre de la Chambre des députés de Bavière, avait demandé, il y a deux ans, la création d'une chaire d'Homœopathie à la Faculté de Médecine de cet État. La question vint à l'ordre du jour, dans la séance du 20 juin dernier. La réponse du Ministre fut « que l'Homœopathie ne représente pas une méthode scientifique, mais une thérapeutique spéciale, pour l'enseignement de laquelle il n'y a pas plus lieu de créer une chaire que pour tout autre procédé spécial de guérison ».

Le ministre expose l'opinion du Professeur de Grashey sur Hahnemann. « Il a rendu à la science le service incontestable de faire de la thérapeutique un emploi simple, rationnel, sur le terrain de l'observation minutieuse des symptômes morbides et de l'action du médicament simple sur l'homme sain. L'axiome des homœopathes est, après un siècle, aussi peu soutenable et peu scientifique que celui des allopathes ; la médecine ne doit

ses progrès à aucune de ces deux Écoles, mais aux résultats des recherches exactes de l'histoire naturelle ».

« La médecine moderne n'est ni homœopathique ni allopathique. ., n'a pas à savoir si le typhus, ou la fièvre puerpérale se combattent conformément aux lois de l'allopathie ou de l'homœopathie. Elle va sans hésiter, dans la voie des faits bien constatés, qui lui révèlent la cause du mal, et ses conditions de vie dans l'organisme humain ou celui de l'animal. L'école allemande n'enseigne ni l'allopathie, ni l'homœopathie, mais la médecine scientifique. Créer une chaire d'homœopathie ou d'allopathie serait ridicule ; ces deux doctrines appartiennent à l'histoire de la médecine... »

On comprend l'embarras du ministre, en présence du vote défavorable de trois facultés consultées ; il remettra l'affaire aux calendes grecques.

L'axiome des homœopathes, la constatation rigoureuse des actions des médicaments sur l'homme sain, et l'application scrupuleuse des résultats ainsi établis, aux symptômes morbides, dont parle le Professeur deGrashey, pourraient, à un critique moins prévenu que lui, paraître mieux qu'un procédé sans fondement scientifique.

Mais que servirait un enseignement théorique de l'homœopathie, sans démonstrations cliniques ? A surcharger le cerveau, au moment des examens d'État.

La meilleure méthode pour former à l'Homœopathie un jeune médecin, mûri par ses réflexions, est la fréquentation du cours de vacances professé à Berlin, avec le succès que l'on sait, combiné avec les démonstrations de la Polyclinique et une étude opiniâtre du praticien dans son cabinet.

(*Allg. hom. oop. Zeitung*, juillet 1902).

D^r PICARD.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

L'ART MEDICAL

SEPTEMBRE 1902

DEMONSTRATION EXPÉRIMENTALE DES DOSES INFINITÉSIMALES

DES MODIFICATIONS APPORTÉES A LA VÉGÉTATION PAR DES SUBSTANCES A DOSES INFINITÉSIMALES

Avant de publier le résultat des expérimentations que nous poursuivons depuis un an sur les modifications apportées par les sels d'argent à la végétation de l'*Aspergillus Niger*, il nous a semblé opportun de publier les travaux de Nægeli, sur un sujet analogue, travaux qui datent déjà de plusieurs années. Le D^r Picard, de Nantes a bien voulu faire pour nous la traduction du mémoire de Nægeli.

1^o Action léthifère de l'eau paraissant pure sur la cellule vivante.

Le titre du chapitre va surprendre non seulement les hydropathes, qui ont pris comme devise le mot de Pindare, l'eau est ce qu'il a de meilleur, mais il paraîtra aussi paradoxal aux hygiénistes, qui enseignent avec une autorité

dogmatique qu'on doit rechercher l'eau pure. Et pourtant c'est une vérité absolue. L'eau qu'on est habitué à croire pure, l'eau distillée, celle des sources, font mourir dans certaines conditions le protoplasma de la cellule saine, tandis que certaines eaux réputées impures, celles des cours d'eau, de la mer, des marais, n'ont jamais cette action délétère.

On a expérimenté sur des algues d'eau douce, sur des cellules vivant dans l'eau. L'eau ordinaire des sources sert à la culture des algues faite dans un but scientifique. J'ai fait depuis quarante ans ces cultures sans observer aucune action nocive de l'eau des sources. Nombre de cultures, c'est vrai, ne réussirent pas. La variation des résultats, tantôt bons, tantôt défectueux, me sembla s'expliquer par l'ignorance des conditions de culture des algues d'eau douce en grand nombre, comme aussi des algues marines.

Parmi mes cultures sans succès, dans lesquelles j'ensemençai dans un grand verre une espèce tirée d'un mélange d'algues, et qui devaient réussir, l'expérience me démontra l'influence délétère d'eaux prétendues pures ; la mort rapide qui frappa des masses relativement considérables d'algues me semble encore mal expliquée.

Certains cultivateurs pratiques d'algues prétendent avoir un procédé pour réussir cette culture. Les vases doivent être recouverts de plaques de verre. Je l'ai fait, bien que convaincu du peu d'importance en physiologie de cette précaution. J'ensemençai un grand nombre de spirogyres que je divisai en trois séries. Celles de la première furent placées devant une fenêtre les unes couvertes, les autres non, sans qu'on y touchât. Celles de la deuxième furent agitées, placées à une autre fenêtre avec

un autre éclairage, on en sortait et remettait en place les algues à chaque fois. Celles de la troisième série, laissées en place, recevaient plusieurs fois par jour, à l'aide d'un tube à insufflation de l'air atmosphérique respiré, qui barbotait et agitait les algues.

Il n'y eut pas dans la croissance des spirogyres de différence appréciable dans les trois vases. C'est à peine si celles de la troisième série, qui avaient reçu de l'acide carbonique tous les jours, parurent un peu plus prospères.

Pendant que j'étais malade en 1880-1881, les D^r Low et Bokorny publièrent un travail sur les conditions de vie du protoplasma, affirmant que les solutions de Nitrate d'Argent étaient réduites par la cellule vivante et non par celles frappées de mort. Je voulus me faire une opinion personnelle sur les phénomènes de réaction et confirmer l'opinion des auteurs que les diverses cellules végétales des algues d'eau douce et en particulier des spirogyres étaient les plus convenables pour l'expérience. Je pus bientôt voir que les albuminates en dissolution dans le liquide cellulaire se réunissaient en noyaux, noircissaient, tandis que les parties non dissoutes (stéréoplasma, protoplasma) restaient sans noircir. Mais une autre question attira aussitôt l'attention.

Pour mieux étudier l'action des réactifs le D^r Low, essaya le Nitrate d'Oxyde d'argent, et de potasse qui causait presque instantanément la mort des cellules, à la dose de $1 \text{ NA}_2 \text{O}^3$, $1 \text{ A}_2 \text{H}^3 3,6 \text{ K}_2 \text{O}$ dans 100.000^e d'eau. Pendant que la mort des cellules se produisait plus lentement à mesure que la solution s'affaiblissait, il se fit en même temps ce phénomène remarquable ; les changements qu'on avait observés s'opérèrent non pas plus lents, plus évidents, mais il s'en fit d'autres tout différents.

Les spirogyres tuées par une solution donnée ou une moins étendue, on voyait à l'œil nu les mêmes déformations que produit la mort par le poison, la chaleur ou toute autre cause encore inconnue de la mort dans le laboratoire. Le protoplasma contenu entier se sépare peu de la membrane ; les filaments ne gardent pas leur disposition symétrique, changent de couleur et de forme : le liquide cellulaire se trouble et forme des noyaux ; le noyau primitivement central se porte sur la paroi ; la cellule perd sa turgescence. Quand la mort est le résultat d'une solution très forte de poison, les bandes de chlorophylle se séparent de l'enveloppe protoplasmique qui reste dans sa position primitive le long des parois, elles se raccourcissent, se fondent, se réunissent en boules, ce qui maintient à la cellule sa turgescence.

Il me parut clair que, pendant que les changements accoutumés diminuaient avec la concentration du Sel d'Argent, les changements inaccoutumés au contraire s'accroissaient. Je pus donc conclure que les premiers étaient le résultat de l'action chimique du poison, les autres le résultat d'une action différente et non chimique. Et comme chacune de ces deux forces paraissent se parer, je pouvais être sur la trace d'une nouvelle force de la nature d'existence très vraisemblable en théorie, et qui depuis quelques années attirait mon attention. Et je m'attachai à cette recherche d'un caractère tout à fait extraordinaire.

La solution du Sel d'Argent fut de plus en plus affaiblie, et les phénomènes insolites s'accrochèrent dans toute leur pureté ; mais, chose paradoxale et inattendue, ils persistèrent avec la même intensité alors que la quantité de la substance toxique diminuait. Dans une solution au quadrillon les algues mouraient souvent en trois ou quatre

minutes ; dans ces proportions, 1 litre d'eau ne contenait que 2 ou 3 molécules de Nitrate d'Argent, 27 molécules d'A. H³, 18 de potasse, de sorte qu'on peut dire en toute exactitude qu'un verre contenant 100 centimètres cubes ne laissait reconnaître aucune trace de Sel d'Argent.

Je supposai que l'action insolite constatée ne venait pas vraisemblablement de l'eau employée en dilution ; elle pouvait aussi bien s'exercer lentement par le seul manque de nourriture. Mais la plus forte solution tue les spirogyres les plus vigoureuses, à une température correspondant à la végétation la plus prospère, souvent en moins de quatre minutes. La mort ne pouvait non plus venir de l'eau distillée, car les plantes en grande quantité qu'on y mettait restaient sans changement. L'eau pure n'était donc pas nocive, ce que prouva une meilleure notion des causes. On vit aussi les liquides dépourvus de poisons et chargés des plus fortes solutions, une fois bouillis, perdre complètement ou en grande partie leurs particularités nocives.

Je ne pus, au début, que supposer que ces changements inaccoutumés étaient produits par une force passant du Sel d'Argent dans l'eau et indépendante de la substance désormais. La solution au quadrillionnième paraissait avoir atteint les limites de l'action.

J'appellerai *chimique* l'action due au poison, *oligodynamique* cette cause encore inconnue du résultat final.

On continua les recherches avec un poison encore plus actif, le chlorure mercurieux, dont on fit des solutions graduellement affaiblies. Avec la 1/10000, et même moins, on constata encore l'action toxique et chimique, puis parurent les phénomènes oligo-dynamiques ; à la 1/1000000 les phénomènes chimiques étaient nuls. Dans 100 centimètres

cubes de liquide il y avait 200.000 mill. de molécules de Chlorure mercurieux $H_g Cl_2$. Mais tout en abaissant le titre de la solution, on ne put arriver à faire disparaître l'action ; on descendit à la septillionnière et les effets oligodynamiques persistèrent. Dans la septillionnière solution, dont un litre d'eau contenait la trillionnière partie d'une molécule d' $H_g Cl_2$, les cellules mouraient avec les mêmes altérations intérieures et le même espace de temps que dans la trillionnière solution dont un litre contenait 1 million de molécules.

Je pensai naturellement à une faute dans l'expérience ; je la refis avec toutes précautions : même résultat. Les vases d'expériences étaient les uns couverts, les autres à l'air libre, les uns agités, les autres tenus immobiles ; même résultat. Les spirogyres mouraient dans la sextillionnière solution, comme dans la billionnière ; les transformations oligodynamiques se faisaient tantôt en quatre à six minutes, tantôt en une au deux heures. Dans quatre séries de recherches avec les solutions au trillon, quadrillon, quintillon on ne constata pas de fait oligodynamique. L'ébullition des plus fortes solutions qui tuaient les spirogyres n'eut pas toujours le même effet ; le plus souvent elle resta sans effet ; chauffée légèrement elle conserva en partie son pouvoir oligodynamique.

Rien qu'étonnants, ces résultats étaient clairs, les phénomènes oligodynamiques n'étaient pas dus à une force passant d'un poison à l'eau ; car elle devrait, cette force, diminuer avec le titre de la solution, tandis que dans certains cas elle persistait avec l'abaissement du titre, ou même augmentait. Il fallait donc en chercher la cause dans l'eau ou dans le verre.

Comme les cultures de contrôle faites dans l'eau pure

distillée réussissaient bien, quand on y employait une quantité suffisante d'algues, je refis les recherches avec une quantité d'eau beaucoup plus grande, avec une petite quantité de filets des spirogyres dans 10 centimètres cubes d'eau. Elles moururent bientôt dans l'eau distillée, en moins de quatre minutes, et l'eau de source donna souvent le même résultat.

L'eau distillée dont on se sert dans les laboratoires de chimie et l'eau fraîche sortant par un robinet du tuyau de conduite, tuent la cellule vivante; on se demande pour quoi. Les recherches dans ce but ont donné des résultats inattendus, et les chapitres suivants prouvent qu'ils ne sont attribuables ni à l'action chimique, ni à la température, ni à aucune autre force connue.

*2° Essai des phénomènes oligodynamiques
par les agents chimiques.*

On pouvait supposer que l'eau où certaines algues périssaient si vite contenait une combinaison chimique. L'eau distillée étant plus dangereuse que l'eau de source, on admettait que le poison n'était point un corps solide et dissous, mais pourrait être une substance gazeuse, absorbée, qui par la distillation avait passé dans la vapeur d'eau, ou était venue de l'atmosphère, acide carbonique AzH^3 , ozone ou acide nitrique. On ne pouvait admettre avec la moindre vraisemblance la présence d'aucun des trois premiers gaz, car dans les sources, les eaux courantes ou stagnantes, qui peuvent absorber des quantités variées des gaz atmosphériques, les algues vivaient partout. Un résultat constant fut que les eaux de source, de fleuve, de marais contenues dans les vases de verre et employées dans les recherches avec la même méthode que l'eau dis-

tillée et celle des fontaines se montrèrent indifférentes. Ajoutés à ces eaux, en quantités beaucoup plus considérables qu'ils ne s'y trouvent naturellement, le gaz Co^3 , AzH^3 Ozone ne leur donnèrent aucun pouvoir nocif.

On pouvait attribuer aux combinaisons d'acide nitrique, si peu fixes, qu'elles causeraient une action léthifère, telles qu'elles se trouvent en quantité notable dans l'eau des fontaines de Munich et dans l'eau distillée. Pour arriver à la certitude, j'inaugurai les recherches suivantes :

Je mélange une solution de nitrate de potasse à une égale quantité d'acide sulfurique que j'étends graduellement avec de l'eau distillée; j'obtiens dans l'eau l'acide nitrique en liberté et du sulfate de potasse dans les proportions de 1 d'acide à 1.85 de sulfate. La solution de nitrate au 100.000° a encore une action chimique, celle au 1.000.000° une action purement oligodynamique, mais plus marquée que l'eau du vase de contrôle; une quantité moindre d'acide nitrique donne des résultats encore plus marqués. Comme à côté de l'acide nitrique, le sulfate de potasse est encore facile à trouver dans ces faibles proportions, on constate qu'au 1.000°, il n'agit pas comme poison chimique, mais seulement oligodynamique, mais qu'au 1.000.000° la solution de sulfate de potasse n'agit pas autrement que l'eau pure. Le réactif de Griess (mélange d'acide sulfanilique à de l'eau aiguisée d'acide sulfurique et à du sulfate de naphtylamine) permet de décélérer des quantités minimales d'acide nitrique. Dans le mélange d'acide nitrique et de sulfate de potasse, ce réactif révèle l'acide nitrique au 10.000.000° et au 100.000.000° donne encore une lueur très apparente rouge. On a donc, par ce procédé, longtemps essayé l'eau qui servait aux recherches oligodynamiques pour savoir sa teneur en acide

nitrique. En règle, l'eau distillée et l'eau de fontaine à réaction forte oligodynamique ne décelait aucune coloration. Une seule fois on eut une légère teinte rouge et l'eau ne contenait au plus qu'un 100.000.000^e d'acide nitrique. Mais comme l'addition de moins d'un 1.000.000^e n'a qu'une action toxique légère, à plus forte raison une quantité moindre sera sans effet toxique si elle se trouve dans l'eau.

Les effets oligodynamiques ne peuvent provenir des gaz absorbés dans l'eau; cela me paraît d'autant plus invraisemblable que, d'une part, les substances, peu ou point solubles, ont causé dans l'eau distillée ou neutre, ou augmenté l'oligodynamie, et, d'autre part, des substances absolument insolubles et même des substances micellaires solubles (colloïdes) ont affaibli ou complètement supprimé l'action oligodynamique. En outre, des verres remplis quelque temps d'eau capable d'oligodynamie conservaient des actions dues à ce contact, action localisée d'une manière remarquable. Voici des faits :

Les corps insolubles donnant l'oligodynamie sont le fer, le cuivre, l'argent, le plomb, le mercure.

Une série de verres pareils furent remplis avec égale quantité d'eau distillée; 3 restèrent sans qu'on y ajoutât rien, dans 3, on ajouta une double couronne d'or; dans 3, deux pièces semblables; dans 3, trois; dans 3, quatre; dans 3, huit et dans chaque une égale quantité de spyrogyres, tous soumis à la même température et au même éclairage. A l'œil nu, on pouvait même suivre l'action du développement des cellules; les 3 verres chargés de huit pièces de monnaie d'abord, puis ceux chargés de quatre pièces, ceux chargés de deux, puis ceux chargés d'une seule, et ceux qui n'avaient rien reçu, virent mou-

rir, avec des intervalles de temps proportionnels, leurs filaments cellulaires par oligodynamie.

Si l'on emploie l'eau d'une source, l'eau neutre, les spyrogyres qui ne sont au voisinage d'aucune pièce d'or restent des semaines sans changement, les autres meurent plus ou moins vite, en proportion de la quantité du métal employé.

Des expériences comparatives ont eu lieu avec des plantes moins sensibles et des températures plus basses, elles ont reproduit les transformations plus lentement.

De même si l'on essaie l'action de vases métalliques ; les vases d'argent ou d'argent doré détruisent plus promptement les spyrogyres que ceux en verre. Dans 2 vases en platine, dans de l'eau distillée, les spyrogyres moururent rapidement, et se conservèrent longtemps dans du verre. Que dans un verre contenant une faible quantité de spyrogyres on mette 2 monnaies de cuivre, les spyrogyres ou ceux de leurs filaments qui touchent le cuivre meurent d'abord, puis ceux de leurs éléments qui en sont les plus rapprochés et enfin les plus éloignés.

Les métaux communiquant à l'eau le pouvoir oligodynamique, on s'est servi du cuivre pour communiquer ce pouvoir à l'eau distillée ou à l'eau de source quand elles ne le possédaient pas suffisamment, en y mettant séjourner quelques pièces de monnaies de cuivre. On diminue, on supprime ce pouvoir, en y plongeant des corps insolubles tels que le soufre en canons, les fleurs de soufre, le carbone, le graphite, le noir de fumée, le coke, la houille, les peroxydes, le manganèse, des produits organiques neutres ou presque neutres, l'amidon, la cellulose, la laine, le coton, la soie, l'acide stéarique, la paraffine.

Une série de verres semblables furent chargés d'eau

Oligodynamique. Dans les uns on ne mit rien, dans d'autres du graphite, du noir de fumée, des fleurs de soufre, de la laine. Dans les verres qui n'avaient reçu aucun corps étranger, les plantes mouraient les premières, puis résistaient d'autant plus longtemps que les corps étrangers étaient en plus grande quantité. S'ils étaient en proportion suffisante, les *spyrogyres* ne subissaient aucun changement, car l'eau était devenue neutre autour d'eux.

Le coton, la toile, le bois, le papier agissent sur les cellules, en proportion de leur masse.

Il est arrivé que des verres ont donné des résultats qui ne concordaient pas, ce qui s'explique par la différence dans les quantités d'algues employées. Une série de verres est chargée de 100 centim. cubes d'eau distillée et de quantités variées d'algues. Elles mouraient d'autant plus vite qu'elles étaient en moindre quantité, et celles qui étaient en plus grosse proportion ne subissaient dans leurs cellules aucun changement. — Une autre série formée de verres de différentes grosseurs allant de 100 à 1.000 centim. cubes est chargée d'eau faiblement oligodynamique et d'une quantité égale de filaments d'algues. Dans les grands vases les algues mouraient plus tôt, et moins il y avait d'eau, plus longtemps elles duraient. Les plus petits vases, ceux de 100 centim. cubes, ne présentaient à peu près aucun changement. Les *spyrogyres* résistent donc à l'oligodynamie, en raison de leur plus grande quantité, et la cellule vivante peut, aussi bien que la laine ou les filets du coton, neutraliser le pouvoir oligodynamique de l'eau. On comprend donc, par ces expériences, que l'action des filets des *spyrogyres* n'existe que si elles sont suffisantes à neutraliser par la quantité l'eau qui les contient.

Les corps solubles micellaires (les micelium solubles) agissent comme les corps solubles. L'eau oligodynamique dans laquelle de la gomme, de la dextrine, de l'albumine, sont en solution, devient moins nuisible ou même neutre.

Dans une série, 3 verres sont remplis d'eau oligodynamique sans aucune addition, par groupes de 3, les autres reçoivent de la gomme en quantités graduées, les spyrogyres meurent d'abord dans les verres qui n'ont aucun corps étranger, et dans les autres groupes, d'autant moins rapidement que la quantité de gomme est plus grande. Les combinaisons chimiques analogues et à molécules solubles (le sucre) ne présentent ces propriétés qu'à un faible degré ou pas du tout.

Le verre lui-même paraît se comporter différemment suivant que le pouvoir oligodynamique est augmenté ou diminué par la présence dans l'eau de plaques ou perles de verre.

Si l'eau est faiblement oligodynamique ou neutre, le verre la rend plus nocive, si elle est fortement oligodynamique elle devient moins nocive. Ceci s'explique en quelque sorte par cette circonstance que c'est un métal qui a produit l'oligodynamie, et que l'énergie incorporée au verre s'est révélée après coup. Je n'avais pas au début pris garde à cette action après coup; j'employais des vases lavés et brossés, et qui, toujours les mêmes, donnaient des résultats différents, car il y avait à compter avec l'action prolongée d'un corps contenu précédemment dans le verre. Dans un verre d'eau on place plusieurs pièces d'or, au bout de deux jours on les enlève, on verse l'eau, on essuie le verre avec soin, et cela a suffi à lui conférer l'oligodynamie. Comparés à d'autres remplis avec de l'eau

pure, ils font mourir les algues beaucoup plus vite, alors que les verres des deux séries ont été préalablement lavés avec soin. Le métal a communiqué au verre l'oligodynamie et celui-ci l'a transmise à l'eau. Cette sorte d'emmagasinement peut être durable. Le cuivre communique au verre ce pouvoir à un haut degré; dans un vase même bien nettoyé les spirogyres meurent, et il faut dans le même vase 3 ou 4 cultures successives pour faire disparaître ce pouvoir, et un intervalle de plus en plus long s'écoule entre le début d'une culture et la mort des cellules qui la composent.

Dans ces recherches, l'action prolongée se concentre sur le point même où les corps métalliques touchent le verre. Les spirogyres meurent d'abord en face de ce point; on les voit à l'œil nu, d'abord blanches en cet endroit, quand tout le reste de la plante est encore vert, et l'on peut ainsi voir les endroits précis où le cuivre a été déposé.

Il n'est pas besoin pour développer cette action prolongée, du contact immédiat du métal. Quand on dépose dans un vase de verre l'eau oligodynamique, ou qu'on ajoute à l'eau d'un vase de verre des parcelles de métal qu'on suspend, l'eau neutre transporte à toutes les parties du vase l'oligodynamie, également répartie. Le verre perd cette action prolongée lentement quand on renouvelle son contenu d'eau neutre souvent, et rapidement quand on la fait bouillir dans l'eau neutre en grande quantité.

Toutes ces expériences ont été renouvelées avec des variations, et toujours le même résultat, bien constant. Les faits évidents ne permettaient pas d'attribuer l'oligodynamie à une combinaison soluble. Comment les métaux à peu près insolubles abandonnaient-ils à l'eau des portions

minimes ayant une action mortelle et si rapide sur la cellule vivante? Comment une substance soluble pourrait-elle sur la paroi lisse du verre, laisser une action prolongée telle que des nettoyages successifs du verre n'empêchent pas, pendant des semaines, l'eau neutre d'exercer un pouvoir léthifère. Je crus qu'il fallait en chercher la cause dans un pouvoir impondérable, l'électricité, ou une force nouvelle analogue, et je m'attachai à la solution de cette question.

3° *Essai des phénomènes oligodynamiques sur les agents impondérables.*

Au début de mes recherches avec l'eau distillée et l'eau des fontaines, je crus pouvoir attribuer à la chaleur cette nocivité de l'eau, car les phénomènes d'oligodynamie s'accomplissaient d'autant plus vite que la chaleur croissait, et à 30° les cellules mouraient presque à vue d'œil. Mais deux faits opposés se présentaient : tandis que, dans de grands verres de culture, des spirogyres étaient restées vivantes à la même température élevée, de petites colonies de ces plantes, mises dans de l'eau distillée ou de l'eau des fontaines, mouraient. Une expérience est faite avec de l'eau distillée d'une part, de l'eau des fontaines, et enfin de l'eau prise dans les grands vases de culture : les spirogyresensemencées dans les deux premières sortes de vases moururent, tandis qu'à la même température la 3° sorte conserva indéfiniment ses cultures, parce que l'eau oligodynamisée avait été neutralisée en partie par les algues qu'on y cultivait, en même temps que par le verre lui-même.

Quand je croyais pouvoir attribuer à la chaleur les phénomènes en question, je supposais que les brusques changements de température les provoquaient; mais l'événement prouva par des expériences qu'il n'en est rien qu'on ensemençât les spirogyres prises d'un vase de culture chaud dans un froid avec un écart de 8° ou d'un froid dans un chaud.

Le changement de température a donné un résultat favorable, non qu'il en fut la cause directe, mais parce que les phénomènes oligodynamiques suivent, dans leur développement rapide la vigueur de la végétation des cellules, à mesure que la température s'approche de son degré le plus favorable à la respiration. Si la température ne change pas, les liquides des deux vases en expérience peuvent avoir une température favorable. Dans l'écart de 8° entre l'eau du vase en expérience et celle de la culture, il y a une température dont le degré est plus favorable, et les cellules ont une végétation plus paresseuse que l'élévation de température n'active que lentement, ou bien dans le cas d'abaissement une végétation jusqu'à active, se ralentit assez vite. Les faits prouvent donc que dans les limites de température où les spirogyres peuvent vivre, la température n'a qu'un effet négatif, mais qu'une élévation exagérée produit le même résultat que l'oligodynamie.

Les cultures mises au soleil, à l'ombre, dans l'obscurité complète ne donnèrent pas de différence de résultats.

On put croire que l'électricité pourrait fournir une explication des phénomènes, que les métaux jouaient le rôle d'excitateurs électriques, et que, l'électricité n'y développant que des phénomènes peu intenses, les cellules des spirogyres s'y comportaient comme un électroscope

d'une sensibilité plus grande que tous les autres. Mais à la réflexion, l'impossibilité d'admettre cette opinion parut. Il sembla évident que la tension électro-motrice des métaux est tout autre que celle qui se trouve dans l'action oligodynamique. Parmi les métaux durs c'est le zinc qui est le plus fortement électro-moteur dans l'eau, c'est le cuivre qui communique le plus l'énergie oligodynamique. Si les métaux par l'excitation électrique rendaient l'eau nocive, l'effet négatif des substances micellaires solubles et insolubles consisterait à développer dans l'eau l'électricité de nom contraire. Le carbone, le soufre des corps albuminoïdes chargeraient l'eau d'électricité négative et seraient ainsi néfastes aux cellules. Les nombreuses recherches ont montré l'existence de cette action électrique quelquefois mais non d'une manière continue.

Si l'électricité libre était la cause de l'action oligodynamique de l'eau, il faudrait qu'elle se présentât à l'état statique ou dynamique. Dynamique elle ne peut l'être car l'eau traitée par le métal, une fois celui-ci éloigné, continuait à nuire aux cellules, et gardait le pouvoir de le faire, mise dans d'autres vases de verre.

Ce ne pouvait pas davantage être l'électricité de tension, qui s'accumule aux surfaces, tandis que c'est dans les parties profondes de l'eau que se montrent surtout les phénomènes. Cette électricité de tension doit être transmise par un fil conducteur, tandis l'eau oligodynamique ne voyait pas son pouvoir diminué par l'action d'un fil, pas plus que l'eau neutre ne recevait cette action par un fil.

Un autre point: la quantité d'électricité mise en liberté par le contact reste la même pour un objet de grandeur et de volume déterminés. L'eau sera aussi fortement électrisée par un fil, une plaque, un cylindre de zinc, la

tension dépendant de la nature du métal. La quantité d'électricité que dégagent le zinc, cuivre platine au contact de l'eau dépendent de la valeur électrique de ces métaux dans la série de tension. L'électromotricité cesse aussitôt que l'effort des diverses électricités pour s'unir est en équilibre avec la force électromotrice du corps agissant comme isolant. Tout autre chose se passe dans l'oligodynamie de l'eau. Quand plusieurs verres chargés de la même quantité d'eau, ont subi pendant vingt-quatre heures l'action de 1, 2, 3, 4 morceaux de cuivre, ils paraissent chargés de pouvoirs nocifs gradués, un seul morceau donnerait pendant ce temps à l'eau en petite quantité une action forte, à l'eau en grande masse une faible action oligodynamique.

Ces faits ne permettent pas d'expliquer l'oligodynamie par les faits électriques. J'essayai encore l'action directe de l'électricité sur les cellules. Neuf litres de verre, aux contours isolés par la parafine furent remplis de 1.000 c. c. d'eau de fontaine et placés sur un plateau de verre. Les 3 premiers litres sont chargés d'électricité positive, 3 autres d'électricité négative, 3 enfin restèrent comme témoins de contrôle. Tous furentensemencés de faibles quantités de spirogyres. Les mêmes changements se firent dans les 3 séries, et lentement, car l'eau de fontaine était faiblement oligodynamique. Dans un seul des vases chargés d'électricité positive s'opérèrent des transformations importantes, dues à l'action après coup qui était incorporée au verre. Une nouvelle série d'expériences similaires donna le même résultat ; l'introduction de l'électricité au moyen d'un conducteur dans un tube de verre ne changea rien aux faits.

On isola encore un vase de platine, un d'argent, qu'on

remplit d'eau et qu'on chargea d'électricité ; au bout de deux heures on n'y constata que peu de changements, et de ceux qui s'opèrent sans action électrique. On essaya aussi l'électricité induite : deux tubes de verre obturés à leur bout inférieur par de l'argile furent placés dans un bassin de verre sur des boules d'argile. Remplis d'eau, on y fit passer les deux pôles d'une pile. Le bassin lui-même était rempli d'eau couvrant les boules d'argile, et les spirogyres et formaient, dans l'eau, comme un pont entre elles ; le courant électrique était $1/500.000$ ampères ; après un passage de cinq minutes du courant on ne vit pas la moindre transformation. Seconde expérience : dans un tube plein d'eau et muni de spirogyres, on fait passer un courant au $1/50.000$ ampères sans que les deux pôles touchassent les algues ; le courant, dix fois plus fort que dans l'expérience précédente, et pendant une minute, ne donna aucun changement. Une troisième expérience, où le même courant dura cinq minutes, on constata, à la fin de l'expérience, sur les filaments en contact avec le cuivre du conducteur les cellules des algues roulées sur elles-mêmes comme dans l'oligodynamie. On mit les algues avec un fil de cuivre, sans faire passer le courant, et l'on eut le même résultat, ce qui démontre qu'il n'est dû qu'au contact du cuivre.

4^e *La vraie cause de l'oligodynamie.*

Cette cause est donc en dehors du cercle ordinaire de nos connaissances, et n'appartient ni aux effets d'une solution, ni d'aucune des forces connues, mais à un agent nouveau. J'ai donné toute mon attention à l'étude de la question pour savoir si les corps tout à fait insolubles

pouvaient, oui ou non, causer l'oligodynamie. Le carbone, le soufre, le bois, le coton, la soie, les plumes rendaient l'eau incapable de nuire. S'ils se sont montrés nocifs dans certains cas, c'était parce qu'on ne connaissait pas l'action prolongée (acquise préalablement par le verre).

Il reste à déterminer si les métaux agissent comme corps solides ou dissous. L'or et le platine peuvent passer pour insolubles dans l'eau. L'or pur, extrait du chlorure, se montra indifférent et ne communiqua à l'eau neutre employée dans les cultures aucun pouvoir oligodynamique. Il en fut de même pour le platine. Un vase de platine avait, dans une expérience, conféré à l'eau neutre le pouvoir oligodynamique mais, il avait servi plusieurs fois à des cultures d'algues, n'avait été lavé qu'à l'eau simple, avant qu'on n'eût découvert l'action prolongée qui s'attachait au verre et pouvait bien aussi s'attacher au platine. Un lavage à l'acide sulfurique lui enleva tout pouvoir oligodynamique. Une ébullition prolongée des vases dans l'eau ne réussissait pas mieux à rendre purs les vases d'expérience qu'un lavage à l'acide nitrique ou muriatique. Ces acides faisaient sortir des parois du vase une substance difficilement soluble, et on supposa plus tard que cette substance pouvait être un métal, et le cuivre.

Pour s'en rendre compte, on étudia, au point de vue technique, une grande quantité d'eau oligodynamique. Dans le résidu de 10 litres d'eau distillée qui avait agi d'une manière positive sur les cellules des algues, on reconnut l'existence du plomb, zinc, cuivre et fer, surtout le plomb. Dans le résidu laissé par 5 litres d'eau on trouva du plomb et du fer dans une eau fortement oligodynamique.

Il était nécessaire d'apprécier la quantité de métal con-

tenu dans l'eau oligodynamique. Pour cela on mit dans de l'eau neutre des pièces de monnaie de cuivre qui, d'ordinaire, servaient à rendre l'eau nocive. Un vase plein d'eau (12 litres) reçut 12 pièces composées de 95 de cuivre, 4 d'étain, 1 de zinc, nettoyées soigneusement au sable, et qui y restèrent trois jours. On prit 10 litres, qu'on fit évaporer pendant deux jours dans un vase en porcelaine. Le résidu, mêlé avec un peu d'acide muriatique, est traité par une solution d'acide sulfurique, qui laissa un léger dépôt après lavage dans l'acide nitrique, la solution évaporée et le résidu dissous dans l'ammoniaque. Cette solution, d'un centimètre cube, en raison du cuivre qu'elle contenait, était bleue. Pour apprécier la quantité de cuivre on satura une solution de vitriol de cuivre à 1 p. 100 avec de l'ammoniaque et la solution bleu sombre évaporée jusqu'au moment où la colonne bleue eut atteint la même nuance que la solution du résidu dans l'ammoniaque mentionnée plus haut. Il fallut refaire la solution 20 fois pour arriver à la même couleur. Un centimètre cube de cette solution de sulfate de cuivre contenait 0 gr. 00013 de cuivre, c'était donc le contenu pour les 10 litres, 1,3 de cuivre pour 100 millions d'eau ou 1 de cuivre pour 77 millions d'eau.

Dans 12 litres d'eau en contact pendant quatre jours avec 12 pièces de cuivre on trouvait à l'eau un goût métallique accentué, les spirogyres y mouraient en moins d'une minute. L'eau des expériences était réduite à un pouvoir oligodynamique de $1/5$ ou même $1/10$ plus faible, une partie de cuivre conférait à 100 millions de parties d'eau un pouvoir manifestement oligodynamique.

Le pouvoir oligodynamique de l'eau est toujours attribuable aux substances qui y sont dissoutes; mais l'eau

chargée d'oligodynamie ne se comporte pas comme les solutions de sels ou de sucre, qui ne communiquent aux parois du vase la propriété ni de saler ni de sucrer l'eau pure qu'on y met après.

Les physiciens admettent que la saturation d'une solution existe d'après des proportions avec la substance en présence; une quantité donnée de liquide ne peut admettre qu'une quantité donnée de substance dissoute, et que la dissolution se continuant à la surface du corps solide, l'équilibre s'établit de sorte qu'en l'unité de temps il passe autant de matière fondue à l'état solide que de l'état solide à l'état liquide.

Un corps peu soluble laisse passer peu de molécules dans le liquide d'une surface donnée en un temps donné. Ce qui suppose que les molécules du liquide, par leurs mouvements, ne peuvent entraîner les molécules du corps solide que dans de rares oscillations, ce qui fait que ces molécules s'attachent facilement aux objets voisins solides et repassent ensuite à l'état liquide dans de l'eau moins saturée; telles sont les idées que nous devons avoir présentes quand nous employons l'eau oligodynamisée par les métaux. Prenons, par exemple, un morceau de cuivre dans de l'eau contenant un peu d'acide carbonique et d'acide sulfurique, les parcelles de cuivre se détachent d'une manière lente mais continue, vont et viennent dans l'eau, quelques-unes frappent les parois du vase et y restent attachées, en nombre proportionné à la concentration de la solution. La saturation obtenue, la dissolution peut encore se continuer à la surface du cuivre, dont les parcelles vont s'attacher aux parois du vase, plus qu'il n'en retourne dans le liquide.

Enfin il s'établit un équilibre et le dépôt de cuivre sur

les parois reçoit autant de molécules de la solution saturée qu'elle en renvoie. Qu'on verse cette solution de cuivre dans un autre vase de verre propre, la concentration diminue jusqu'au moment où l'équilibre s'établira de nouveau entre la solution et une couche de cuivre déposé. Si l'on verse de l'eau pure dans un vase de verre chargé d'une couche de cuivre, des parcelles de cuivre en sortent pour aller dans l'eau aussi longtemps que la quantité de métal et la solution ne sont pas en rapport, en équilibre. La proportion de la couche de cuivre déposée, relativement à la quantité du cuivre dissous, est d'autant plus grande que la surface des parois est plus étendue par rapport à l'eau contenue.

Nous comprenons maintenant tous les phénomènes que présente la neutralisation remarquable de l'eau par les corps insolubles ; ceux-ci n'agissent qu'en multipliant les surfaces par rapport à la solution. Qu'on plonge dans la solution une baguette de verre, de bois, une bougie, des parcelles de cuivre s'attachent à ces objets et la concentration de la solution est d'autant diminuée en raison de leur surface, et de leur attraction pour le cuivre. D'où résulte un amoindrissement dans la nocivité communiquée à l'eau par le cuivre ; cette eau peut n'être pas exempte de cuivre, mais cependant sans effet nocif quand la quantité de cuivre qu'elle contient est si minime qu'elle n'attaque pas les cellules.

Cette circonstance, dans une suite de recherches, sert à neutraliser l'eau distillée oligodynamique ; on agita cette eau additionnée de soufre et filtrée, elle se montra sans action nocive,

Les substances solubles que l'on mélange à l'eau rendue oligodynamique par les métaux se comportent chacune

selon son caractère physique. Le sucre à molécules solubles ne modifie pas l'eau, la dextrine et la gomme, au micelium soluble, comme aussi le coton, la rendent neutre. Les parcelles de cuivre se déposent sur la surface du micelium (petits cristaux imperceptibles), comme sur un corps solide, mais ne peuvent se fixer sur les molécules isolées de la solution. La neutralisation d'une solution de cuivre pour l'albumine, la gélatine, la gomme, est autre chose que la clarification d'un liquide par l'albumine, quand elle réunit mécaniquement les parcelles en suspension, car la solution dans notre cas reste sans former aucun dépôt,

Le fait curieux qu'un petit nombre de spirogyres meurt rapidement dans une quantité donnée d'eau, alors qu'un plus grand nombre y résiste plus longtemps et un très grand nombre n'est à peu près pas atteint, est maintenant aisé à comprendre. Les particules de cuivre qui touchent les algues, se fixent à leur surface et dans leur enveloppe, et, quand elles ont formé une couche suffisante, s'efforcent de pénétrer à l'intérieur, et, alors seulement, produire des phénomènes d'oligodynamie. Moins il y a d'algues, plus les parcelles de cuivre disponibles sont nombreuses pour pénétrer dans l'intérieur des cellules; plus les algues sont nombreuses, moins elles sont atteintes par le cuivre en solution, après la formation de la couche déposée sur les enveloppes.

Ces différents faits de l'action prolongée sont très explicables maintenant. Un verre qui a contenu quelque temps de l'eau avec du cuivre ou de l'eau contenant du cuivre en solution est couvert d'une couche de parcelles métalliques, laquelle, quand on a lavé le vase et rempli d'eau pure, abandonne des particules cuivriques. La concen-

tration de la solution de cuivre dépend de la quantité d'eau, de l'étendue de la surface du vase, de l'épaisseur de la couche du cuivre. S'il s'en dépose assez, le verre, par une action ultérieure, peut successivement produire l'oligodynamie sur son contenu. Une brosse ne peut faire disparaître des parois du verre cet enduit.

La solution de cuivre, ou le morceau de cuivre suspendu dans l'eau, communiquent au verre un pouvoir qui se prolonge, et le dépôt de cuivre se fait uniformément sur les parois; mais si le morceau de cuivre touche la paroi en un point, les parcelles de cuivre s'y accumulent en plus grande épaisseur que partout ailleurs, s'en détachent en plus grand nombre, et les spirogyres les plus rapprochées subissent les premières les effets oligodynamiques. Sur le point même qui a touché le cuivre, les algues meurent les premières.

La provenance de l'eau expliquera donc ses propriétés plus ou moins oligodynamiques. L'eau des sources, cours d'eau, marais, l'eau de mer sont neutres, ayant déposé sur des corps insolubles les substances oligodynamisantes et peu solubles qu'elles contenaient, et le peu qui leur en reste est sans action nuisible.

Les corps moins facilement solubles laissent pour la plupart au verre un pouvoir prolongé presque nul, alors qu'ils y séjournent en solution saturée ou étendue. On a fait cette observation pour les acides sulfuriques et autres, divers sels de potasse et de soude, et diverses substances organiques. Quelques substances pourtant laissent au verre cette action prolongée. Une solution saturée de chlorure de cuivre, ayant séjourné quelques jours dans un vase de verre, ce vase est nettoyé à plusieurs fois avec de l'eau distillée, brossé à l'intérieur et rempli d'eau neutre,

l'action oligodynamique s'y montre bientôt sur les spirgyres comme, et avec les mêmes phénomènes que le cuivre métallique avait provoqués ; il en est de même avec les sels de cuivre, argent, mercure, quand ils sont solubles.

De ces faits, inattendus pour moi, et qui semblaient en contradiction avec cette action observée : qu'une légère couche d'oxyde de cuivre se déposant sur les parois d'un verre contenant du cuivre et de l'eau, un lavage avec une solution légère du sel faisait disparaître l'action prolongée ; je conclus que le chlorure de cuivre, en raison de sa solubilité ne s'attachait pas aux parois du verre. Mais voici l'explication de ces apparentes contradictions.

Dans un vase, les molécules d'une solution vont se déposer en couche sur ses parois. Leur nombre et leur surface sont en rapport avec l'affinité existant entre les parois du vase et la substance en dissolution, avec l'affinité de cette substance avec l'eau, ou avec le plus ou moins de concentration de la solution. De l'affinité entre la substance fondue et les parois des vaisseaux, nous ne savons presque rien, mais pouvons supposer que l'oxyde de cuivre, le chlorure de cuivre, le sulfate de cuivre se comportent vis-à-vis du verre de la même manière. Quant à l'affinité pour l'eau, les solutions à concentration égale doivent s'attacher aux parois d'autant plus que la solubilité est moindre. En ce qui concerne le degré de concentration, une quantité d'autant plus grande de molécules s'attachera au verre que la solution est plus concentrée.

Comparons donc l'oxyde de cuivre insoluble au chlorure de cuivre soluble ; l'un et l'autre amènent l'oligodynamie à la proportion de 1/1.000.000^e dans l'eau. Une solution saturée d'oxyde de cuivre laissera au verre une action prolongée accentuée, tandis qu'une solution au

même degré de chlorure de cuivre s'attache si peu au verre qu'elle est sans action sur les spirogyres. Mais une solution concentrée ou saturée de chlorure déposera sur les parois une couche si épaisse qu'un lavage répété, pendant lequel l'eau n'agit comme dissolvant que peu d'instants, n'enlevant qu'une faible quantité de molécules fixées, en laisse encore assez pour une action prolongée positive.

Que la couche d'oxyde de cuivre soit déplacée par l'eau contenant du chlorure de cuivre, tandis que la couche de chlorure de cuivre reste sans modification sensible ayant été soumise à l'action de l'eau pendant la même durée du temps, cela est aisé à saisir. Dans le premier cas, tous les atomes de l'oxyde de cuivre, attachés aux parois, prennent part à un mouvement actif dans lequel le Cl. de l'acide chlorhydrique s'unit au cuivre, et l'H à l'élément OH de l'oxyde de cuivre hydraté. On comprend que les molécules Cl^2Cu par le mouvement qui les anime au moment de leur formation, passent en grande partie dans la solution dans l'eau, pour laquelle elles ont une grande affinité, et qu'une faible partie d'entre elles s'attache aux parois, lesquelles n'exercent qu'une faible attraction. Il en est autrement quand l'eau, exempte de cuivre, vient au contact d'une couche d'oxyde de cuivre : la molécule de cuivre qui est en repos ne passe que lentement dans la solution par les mouvements de la molécule d'eau.

L'eau de source employée dans les recherches a été tantôt oligodynamique, tantôt neutre, au début toujours nocive.

Quand on connaît l'action des métaux, on s'explique les phénomènes contradictoires. Les sources qui se trouvent dans l'institut de botanique physiologique ont leur eau

dans les conduits de la ville en tuyaux de plomb et des robinets de cuivre. Quand un robinet avait été quelque temps fermé, le premier litre tuait aussitôt les spirogyres, le second était moins nocif, les derniers neutre. L'eau du premier contenait, par contact prolongé avec le robinet, un peu d'oxyde de cuivre ; celle qui ne faisait que traverser ne pouvait, en si peu de temps, dissoudre aucune parcelle du métal. Il fallait donc laisser un peu couler l'eau pour l'obtenir neutre.

L'eau distillée donne des résultats variables, tantôt faiblement, tantôt fortement oligodynamique ; les premiers litres d'une eau distillée sortant du robinet du réservoir étaient très nocifs ; pour obtenir une eau distillée neutre, il faut la distiller dans des alambics en verre.

5. *Les spirogyres et leurs modifications par les causes qui les entourent.*

Les spirogyres sont des filaments verts, vivant dans l'eau, divisés en branches dont chacune est formée de cellules cylindriques. Elles forment un cylindre creux divisé par des parois transversales accolées deux par deux, dont chacune appartient à une cellule. Dans chaque cellule on voit une ou plusieurs spirales vertes. Les cellules sont de longueur inégale, quelquefois deux fois plus longues que larges, leur paroi mesure une épaisseur de 0,004 millièrne de millimètre, et est formée d'une membrane cellulaire particulière, et d'une enveloppe qui couvre les diverses cellules du filament entier, et est le double plus épais que la membrane particulière.

Le contenu protoplasmique solide est formé de trois systèmes disposés concentriquement : un tube plasmique

incolore, adhérent à la membrane, invisible à cause de sa minceur, mais apparent quand, plongé dans une solution d'alcool ou d'un sel, il se sépare de la cellule. A l'intérieur de ce plasma sont développés les rubans spiraux verts, qui, dans les cellules courtes font un tour de spire, dans les plus longues, 2 ou 2 1/2 tours. Les rubans spiraux ont la forme de gouttière creuse en dehors (la coupe du ruban est demi-circulaire à convexité intérieure) de sorte qu'entre le ruban et l'enveloppe plasmique qui l'entoure, se forme un canal semi-circulaire. Ce ruban à forme de gouttière est lui-même à bords découpés, la pointe des dents va toucher le tube plasmique. Les dents sont séparées par des espaces à travers lesquels s'établit une communication entre les divers points de la cellule.

Le ruban en forme de gouttière est aminci à ses deux bords, découpés, et va s'épaississant jusqu'au dos, et prend l'apparence d'un peigne à contours marqués, vert foncé. Quand la cellule est courte, les spires sont aplaties, plus larges, découpées et se touchent, de sorte que la cellule semble verte. Les branches sont-elles plus longues, la paroi et l'enveloppe cellulaire s'allongent plus que la spire, dont les tours sont plus éloignés et, par conséquent, les dents moins rapprochées.

On trouve dans les rubans spiraux des différences plus ou moins grandes, de gros noyaux d'amidon, composés de plusieurs petits réunis. Petits le matin, ils grossissent dans la journée par l'assimilation de la chlorophylle, qui, la nuit, après la dissolution de l'amidon, diminue. Outre ces deux systèmes plasmiques, le tuyau de plasma périphérique, et les rubans spiraux verts qui le touchent, il existe un système central très différent d'eux, et formé de noyaux cellulaires d'un plasma résistant. Si l'on regarde

obliquement les filaments spiraux, ces cellules paraissent rectangulaires, quelques-unes lenticulaires. Ce noyau est chez les premières cylindrique et un peu allongé suivant l'axe de la cellule ; quand la cellule se divise, il se rapproche de la cloison et se raccourcit. Dans le noyau cellulaire se trouve un nodule de substance plus épaisse ; par exception, il y a 2 nodules.

Ces organismes inférieurs peuvent être attaqués par les agents physiques, solutions concentrées de sucre, sels, alcool, qui font que la cellule entière se contracte, ou bien seulement que le tuyau plasmique se séparant de la paroi se contracte jusqu'à ce qu'il ait à peu près complètement entouré les corps insolubles que la cellule contient.

Les changements que causent les poisons chimiques varient avec les divers produits et leur degré de concentration. Sans changer de place par rapport au tube plasmique qui les entoure, les spires perdent leur forme en gouttière et leur dos rappelant la forme d'un peigne ; elles se rapprochent de plus en plus du cylindre, surtout par l'action des acides, et par ces changements se divisent en petits morceaux. Les filets qui unissent spires et noyaux se rompent. Le noyau s'approche des parois, se divise en nodules. Le liquide ambiant peut rester inaltérable, ou changer, se troubler ; les noyaux se diviser, et flotter libres dans le liquide, ou se rapprocher de la paroi : ou se fixer immobiles sur les rubans spiraux, ou dans les canaux que forme le ruban spiral en forme de gouttière. Une solution de sel d'argent teint en noir les nombreux nodules déplacés, laissant transparents le tube plasmique, les rubans spiraux et les noyaux cellulaires.

*Changements des cellules de spirogyres par
l'action oligodynamique.*

Les quantités minimales de substances solubles ont produit sur des rubans spiraux des réactions toutes spéciales. Ces rubans se séparent de la couche de plasma qui les entoure et, sans changer de forme se retirent vers le centre de la cellule ; mais ils restent unis à l'enveloppe plasmique par des fils déliés, qui, peu à peu, se rompent. Les rubans spiraux se dissocient d'abord en leur partie médiane, celle qui entoure le noyau de la cellule ; il est plus rare qu'ils commencent par l'une des extrémités, ou par toutes les parties ensemblé. Les rubans spiraux s'éloignent alors des parois, s'enroulent plus ou moins, en sorte qu'ils peuvent même à leurs bouts, et même sur toute leur longueur se redresser, leurs dents s'effacent, ils gonflent, et leur coupe qui était creusée en gouttière devient ovale ou cylindrique.

Ils finissent par s'unir en une masse qui entoure le noyau qui s'arrondit. Cette masse prend la forme ronde ou ovale, reste au milieu de la cellule, ou cylindrique. Elle peut s'attacher à une des parois de la cellule. Les tours de spire peuvent devenir plus apparents et subir des déformations de toute sorte.

Les déformations oligodynamiques des rubans spiraux sont bien différentes de celles qui sont causées par l'action chimique ou par la destruction naturelle, ces dernières causes n'amenant pas la séparation des rubans d'avec l'enveloppe plasmique. Elles produisent un raccourcissement, mais en déroulant les tours de spire et redressant partiellement le ruban elles entraînent une séparation de la membrane plasmique d'avec la membrane cellulaire

d'enveloppe. Quelquefois les rubans s'allongent en partie, ce qui amène leur courbure en dedans ou en dehors, réaction que l'oligodynamie ne produit pas.

Les variations dans la forme de la coupe des rubans sont au contraire semblables.

On peut, grâce à ces différences, reconnaître à vue d'œil nu l'oligodynamie de la mort naturelle des spirogyrès et de la mort par empoisonnement chimique. Dans ces cas les filets paraissent blancs, car à l'intérieur de l'enveloppe plasmique tout le contenu se condense en un petit amas. Dans l'oligodynamie, les filets restent verts, le contenu entier de la cellule conservant sa place, et ne passe que lentement au brun ou au gris. Lorsque, dans l'oligodynamie, les spirales se disloquent, l'enveloppe plasmique reste inaltérée et garde sa position vis-à-vis de l'enveloppe cellulaire, la cellule garde sa turgescence ; l'enveloppe plasmique devient sombre plus tard et se sépare de la membrane d'enveloppe, les cellules deviennent molles.

Dans la mort naturelle et aussi dans la mort chimique des cellules l'enveloppe plasmique se dissocie aussitôt d'avec la membrane, et les changements paraissent aussitôt dans les spirales.

Quand la plante est vivante, la coloration à l'aniline rougit la membrane cellulaire, le contenu reste incolore. S'il y a intoxication par produits chimiques, c'est le contenu qui se colore, la membrane restant incolore. Dans l'oligodynamie la membrane devient rouge, le revêtement plasmique et les rubans spiraux contractés restent incolores. Un peu plus tard tout change, c'est la membrane qui se décolore et le plasma qui, devenu d'abord sombre, prend la couleur.

La réaction oligodynamique consiste en une sensibilité

spéciale du plasma vert. Les rubans spiraux qui en sont formés font des déplacements extraordinaires, le reste du plasma demeure non touché.

Il y a analogie complète entre les modifications oligodynamique et celles que causent la chaleur et l'électricité, quand ces influences ne sont pas mises en action trop intense.

L'action oligodynamique est variable entre les diverses espèces de spirogyres, et dans la même espèce suivant l'état de son développement. La spirogyra vitida est beaucoup plus sensible le matin que le soir. L'amidon absorbé paraît n'avoir aucune influence immédiate sur le plasma. La lécithine au contraire, absorbée, modifie les propriétés réactives des rubans spiraux.

L'état de la végétation est aussi un facteur de modification ; les filaments courts, où les tours de spire sont rapprochés, sont bien plus résistants que les filaments longs de la même espèce. La vigueur de la conserve, la rapidité des réactions sont influencées aussi par les variations de la température.

Le degré de concentration de la solution modifie aussi l'action ; intense il active l'action toxi-chimique, faible l'oligodynamique. Une solution d'une partie de chlorure de cuivre dans 10.000 d'eau exercera l'action chimique, dans 10, 100, 1000 millions d'eau exercera l'action l'oligodynamie. Une partie de sulfate de potasse dans moins de 100 d'eau agit par toxi-chimie, dans plus de 1.000 d'eau, par oligodynamie.

Si l'on atténue les solutions manifestement oligodynamiques, par une méthode graduelle, on arrive tôt ou tard à un point où les rubans spiraux ne se séparent plus de l'entourage plasmique. On ne constate plus alors qu'une

séparation plus ou moins marquée du plasma insoluble d'avec le liquide cellulaire, qui s'amasse à l'extrémité des cellules. Une partie de chlorure de barium dans 1000 ou 10.000 d'eau cause l'oligodynamie, dans 100.000 d'eau la dernière réaction plus légère. Une partie de sulfate de cuivre de 1 à 10 millions d'eau cause l'oligodynamie dans 100 à 1.000 millions d'eau la réaction plus légère.

Les changements causés par ces réactions légères et ceux que l'oligodynamie a faits ressemblent à ceux que les températures excessives ont provoqués, ou qu'a causés l'électricité, au point qu'on eût pu les confondre.

La mort naturelle des algues, dans une culture simple, commence par celles qui sont au fond de l'eau ; elle est attribuable à la formation de matières excrétées qui se dissolvent dans l'eau. Les filaments à la surface de l'eau sont moins exposés, car les produits en question y sont modifiés, volatisés ceux qui s'évaporent, oxydés par l'oxygène de l'air ceux qui restent dans l'eau superficielle. Mais il vient un moment où, par la multiplication des algues et des produits morts, la masse entière arrive à mourir, quand les produits excrétés et putrides ont acquis une certaine masse.

Par les temps froids les algues résistent mieux aux actions nocives.

Les faits démontrent que les corps peu solubles n'ont pas d'influence toxi-chimique, mais seulement oligodynamique, ou même seulement le pouvoir de causer la mort naturelle des algues. On peut distinguer trois catégories de substances peu solubles.

1° Un produit chimique se dissout d'une manière lente mais appréciable, les spirogyres meurent dans la solution

saturée, en raison de l'action toxi-chimique sans réaction oligodynamique. Si, au contraire, on met le corps, non dissous, dans l'eau avec les spirogyres, elles sont attaquées par l'oligodynamie, parce qu'au début la solution de ce corps n'est encore que peu concentrée; c'est le cas avec l'hydrate d'oxyde d'argent qui fond dans 3.000 parties d'eau, et provoque rapidement à ce degré de concentration la destruction toxi-chimique. Si l'on étend la solution au 1/1.000.000 au 1/10.000.000, au 1/100.000.000 les phénomènes oligodynamiques se montrent; on les observe encore lorsqu'on met dans l'eau les spirogyres avec des quantités équivalentes d'hydrate d'oxyde d'argent ou d'argent métallique. Quand la solution est encore atténuée, ce n'est plus l'oligodynamie qui s'opère, mais la mort naturelle.

2° Les combinaisons chimiques moins solubles produisent l'oligodynamie, soit qu'on emploie une solution saturée, ou qu'on mette le produit en nature dans une plus grande quantité d'eau; quand l'action est moindre, c'est la mort naturelle qui se produit. A cette catégorie appartiennent le cuivre, oxyde de cuivre, mercure, oxyde de mercure, chlorure d'argent, oxyde de nickel.

3° Les corps encore moins solubles n'amènent pas l'oligodynamie, mais la mort naturelle: bismuth, cadmium, arsenic, peroxyde de manganèse.

Épilogue, par le D^r Cramer.

L'eau traitée par le cuivre métallique, le mercure, la solution de sulfate de cuivre à divers titres a été essayée avec les spirogyres. Les appareils de verre sont préalablement lavés aux acides sulfuriques et chlorhydriques, et rincés avec une grande quantité d'eau neutre.

Sur le porte-objets du microscope on place une petite masse de spirogyres avec 5 à 6 centimètres cubes de l'eau à essayer, et pour la manipulation on se sert de tubes capillaires de verre ; les expériences furent renouvelées nombre de fois avec comparaison des algues avec celles vivant dans l'eau neutre.

Comme Nœgeli, j'ai trouvé que l'action toxi-chimique et oligodynamique étaient foncièrement différentes. Dans l'action chimique, la turgescence diminue d'abord, le revêtement plasmique l'enveloppe, se contracte en même temps que les rubans de chlorophylle, qui ne se séparent pas d'elle. Puis ce tube plasmique passe au rouge cuivre par l'emploi d'une solution concentrée de vitriol. Les rubans dans l'action oligodynamique se retirent de la paroi, conservant d'abord leur forme de gouttière, la turgescence persiste, et le tube d'enveloppe reste adhérent à la paroi. Ce caractère général de l'oligodynamie persiste quand l'eau primitivement neutre est devenue oligodynamique par le cuivre, ou le mercure, le vitriol ou le nitrate d'argent.

J'ai observé aussi sur le porte-objets la localisation de l'oligodynamie dans les points où l'on avait primitivement déposé des paillettes de cuivre dans de l'eau neutre. Les actions prolongées sur le porte-objets ont été contrôlées avec les précautions suivantes : des plaques de cuivre, nettoyées au papier de sable, y furent déposées un jour, de façon qu'une couche d'eau séparait le cuivre du verre, et l'oligodynamie se manifesta sur les points correspondant à la position des plaques de cuivre, même sur deux porte-objets qui, après avoir été soumis à la présence du cuivre, avaient été enfermés quinze jours dans une boîte, la réaction s'opéra en trois à cinq secon-

des. Des porte-objets qui, avant de recevoir l'eau neutre, avaient été mis, enduits de parafine, dans le voisinage de morceaux de cuivre, et lavés à l'eau neutre avant de recevoir des spirogyres, il arriva que de l'eau contenant des morceaux de cuivre, ne présentait qu'une réaction légère, parce que sur le cuivre on voyait une couche brune, qui n'était que de l'oxyde d'hydrate de fer, qui semblait enlever au cuivre son action.

Pour démontrer le passage dans l'eau de particules de métal, j'employai du cuivre ou du mercure chimiquement pur, que je mis en contact avec de l'eau neutre, dans des verres neufs, lavés avec le plus grand soin aux acides sulfurique et chlorhydrique et ensuite remplis d'eau neutre, bouillie et encore chaude, pour chasser toute bulle d'air qui pourrait adhérer au verre. Les morceaux de cuivre furent mis dans l'eau bouillante pour les dégager de tout l'air qui pouvait s'y attacher, et je constatai :

1° Que l'eau en contact avec le cuivre ou le mercure chimiquement purs est oligodynamique; quand elle est soustraite à l'action de l'oxygène et de l'acide carbonique de l'air;

2° Que le cuivre a une réaction plus rapide que le mercure;

3° Que l'eau neutre au sens de Nœgeli a cependant une réaction légèrement acide, ce qui ne permet pas d'attribuer au métal seul l'action oligodynamique; que cette action est d'autant plus marquée qu'on insuffle de temps en temps de l'oxygène ou de l'acide carbonique de l'air.

L'action toxi-chimique a été évidente avec l'emploi d'une solution de vitriol au 1/10° au 1/100° sur le porte-objets. L'enveloppe plasmique s'est dissociée en moins de 40 secondes. Une solution sucrée au 10° n'amena aucune

contraction du plasma. La solution normale de Low, et la solution de chlorure de mercure au $1/10.000^{\circ}$ produisirent une oligodynamie rapide.

Au contraire l'oligodynamie se montra par l'emploi d'une solution de vitriol au 100.000° , au $1.000.000^{\circ}$ sur le porte-objets dans un cas au bout de 15, dans l'autre de 35 secondes; la solution de Low au $1.000.000^{\circ}$ et au 10.000° agit aussi. Enfin des doses de chlorure d'argent au 100.000° , au $1.000.000^{\circ}$, au $10.000.000^{\circ}$, au $100.000.000^{\circ}$ donnèrent une réaction, la $10.000.000^{\circ}$ au bout d'un jour, la $100.000.000^{\circ}$ au bout de deux ou trois jours.

Les solutions de chlorure de mercure au billionnième jusqu'au quadrillionnième étaient absolument sans action quand on employa pour les expériences l'eau distillée dans des alambics de verre. J'ai obtenu, au contraire, les plus beaux résultats oligodynamiques quand j'employai l'eau distillée ordinaire prise à un robinet, que la solution de chlorure de mercure fût au billionnième ou au septillionnième. Le résultat ici ne devait pas être attribué à l'action du mercure, mais bien de l'eau distillée qui dans l'alambic avait été en contact avec du cuivre.

Dans la solution au septillionnième Nœgeli a calculé, qu'un litre ne contenait qu'un trillionnième de molécule de chlorure de mercure. On comprendra donc qu'aucune action ne peut ici être imputée au mercure, dont la détermination quantitative au trillion présente une difficulté particulière.

Si l'on cherche combien il faudrait d'eau pour faire avec un milligramme de chlorure de mercure une septillionnième solution, toute l'eau de la terre n'y suffirait pas.

Un cube d'eau de 13.000.000 de milles géographiques

de côté, un cube allant du Soleil à Vénus ! Si, comme l'a dit Nœgeli, 100 centimètres cubes d'eau à la 1.000.000^e dilution contiennent environ 200.000 millions de molécules de chlorure de mercure, il faudrait, en supposant une répartition régulière du chlorure de mercure dans cette énorme masse d'eau, que deux molécules fussent éloignées de la distance des $\frac{2}{3}$ du diamètre terrestre.

Ces considérations aident à comprendre que l'oligodynamie d'une solution de chlorure de mercure au septillionnième dans l'eau distillée usuelle n'est pas imputable au chlorure.

Dr PICARD.

BACTÉRIOLOGIE

LES THÉORIES CHIMIQUES SONT IMPUISSANTES POUR EXPLIQUER L'ACTION DES TOXINES ET DES SÉRUMS THÉRAPEUTIQUES

Les bactériologistes contemporains s'éloignent de plus en plus des méthodes scientifiques si chers à Claude Bernard et à Pasteur. Pour eux, la méthode expérimentale est insuffisante, et ils accordent aux théories chimiques une importance exagérée. Ils ont tort, et je désire aborder aujourd'hui cette question de méthode à propos d'un travail du Dr Tavel, publié dans la *Semaine médicale* (9 juillet 1902).

Cet article est intitulé : *un sérum spécifique doué d'une propriété curative peut-il aussi posséder une action préventive?*

Si Pasteur s'était posé cette question, il l'aurait résolue par l'expérimentation, et le résultat, quel qu'il fût, eût été un fait acquis et accepté de tous. M. Tavel est malheureusement d'une autre école et pour lui la chose principale n'est point le fait en lui-même, mais bien « de rechercher de quelle façon il convient d'expliquer cette double efficacité de la sérothérapie. »

Sans aucun doute nous serions heureux de posséder cette explication :

« Mais le plus petit grain de mil ferait bien mieux notre affaire. »

Le grain de mil, pour nous, serait de savoir si un sérum curatif est en même temps et sûrement préventif; et dans ce cas, qu'elle est la durée de l'immunité acquise, et après combien de jours cette immunité est acquise. Le reste, étant donné les hypothèses chimiques qui ont la prétention d'expliquer cette double action, le reste, disons-nous, sont « des mots, des mots, des mots » comme dit Hamlet.

La manie des explications, qui a fait si longtemps la faiblesse des sciences médicales, semble véritablement inhérente à cette science, le caractère du génie est précisément de ne pas se laisser prendre au courant de cette opinion vulgaire, et de s'élever au-dessus des hypothèses à l'aide de la méthode expérimentale. Quand Pasteur eut découvert que le microbe pathogène du choléra des poules affaiblies par le vieillissement, conférait à ces animaux l'immunité contre le choléra; quand l'expérimentation lui eut démontré que les moelles rabiques âgées de plusieurs jours pouvaient empêcher le développement de la rage, il s'est contenté d'établir le fait expérimentalement, sans rechercher son explication.

Pasteur était pourtant un très grand chimiste; mais c'était un savant complet; et il se gardait bien de confondre les lois physiques et chimiques avec les lois biologiques.

La seule explication de l'action thérapeutique des sérums qui ait été généralement acceptée est précisément une explication physiologique; nous voulons parler de la théorie de la phagocytose de Metchnikoff.

Revenons à la théorie de M. Tavel :

« Qu'on introduise des toxines dans l'organisme certaines cellules sensibles à leur action happeront ces molécules toxiques au moyen de leurs *chaines latérales* ou *récepteurs* qui s'adaptent au groupe *haptophore* de la toxine.

Ces récepteurs étant neutralisés, il y a régénération et hyperproduction de ces récepteurs dont une partie se détache et circule dans le sang... Ces *récepteurs libres* ne sont autre chose que les *antitoxines*. »

Je trouve ces explications très obscures et les graphiques qui les accompagnent ne parviennent pas à les rendre claires; ils sont destinés à faire comprendre la pensée de l'auteur, mais ils ne représentent aucune réalité anatomique.

La division de la molécule toxine en un groupe *haptophore* et un groupe *toxophore* n'est qu'une hypothèse; les *récepteurs fixes* et les *récepteurs libres* constituent des néologismes barbares sans valeur démonstrative.

Pour reposer l'esprit du lecteur de ces élucubrations chimiques aussi lourdes que diffuses, voyons ce que dit la méthode expérimentale sur le même sujet, et quels sont les faits définitivement acquis.

1° Les microbes pathogènes agissent par les toxines qu'ils sécrètent.

2° Ces toxines atténuées ont les unes la propriété d'immuniser; les autres celle de guérir; quelques-unes possèdent les deux propriétés.

3° Un animal immunisé par une toxine atténuée fournit un sérum doué de propriétés immunisantes et curatives.

4° L'immunisation produite par les toxines n'est complète que le quatorzième jour, sa durée est considérable.

5° L'immunisation due au sérum est instantanée, mais sa durée est éphémère.

6° L'action immunisante est plus marquée avec les toxines.

7° L'action curative est plus grande avec le sérum.

Tous ces faits ont été conquis par la méthode expérimentale. Sans doute bien des questions restent encore à l'étude; mais nous croyons que l'expérimentation parviendra à résoudre tous ces problèmes; nous en citerons un comme exemple.

Ces sérums normaux contiennent une substance qu'on appelle *aléxine*, l'action de cette substance peut être considérablement augmentée par une technique qu'il est inutile de décrire ici; ces aléxines ainsi renforcées jouissent de la propriété de détruire les globules du sang sur certains animaux. Non seulement elles sont globulicides, mais encore bactéricides à certains degrés.

Le sérum qui contient l'alexine ainsi renforcée perd ses facultés globulicides s'il est chauffé à 55 degrés; mais si on ajoute un sérum frais au sérum stérilisé par la chaleur, il reprend intégralement son activité primitive.

Appliquons maintenant ces connaissances purement expérimentales à un sérum spécifique, au *sérum de Roux*

par exemple; ce sérum chauffé à 55 degrés perd ses propriétés thérapeutiques; mais il les recouvre si on lui ajoute un sérum provenant d'un animal à l'état normal.

Que s'est-il passé dans cette double opération? La chaleur à 55 degrés a détruite dans le sérum de Roux l'alexine de ce sérum; mais cette température de 55 degrés est restée sans effet sur une autre substance produite dans le sérum par l'action de l'organisme impressionné par la toxine diphtérique; cette substance véritablement spécifique, a reçu les noms : de *sensibilisatrice* d'anticorps et d'*immunisine* or c'est cette substance qui fixe l'alexine sur la toxine à détruire; c'est cette substance seule qui a une propriété spécifique, puisque si le sérum de Roux chauffé à 55 devient inactif par la destruction de son alexine il conserve grâce à l'*immunisine*, réfractaire à la chaleur. Ses propriétés spécifiques et pour rendre à ces propriétés toute leur activité il suffit d'ajouter un sérum chauffé et inactif, un sérum normal contenant une alexine banale.

En résumé les sérums spécifiques sont un produit de l'organisme vivant, influencé par des toxines de microbes pathogènes.

L'expérimentation prouve que ces sérums spécifiques contiennent deux substances différentes; l'une détruite par la chaleur à 55 degrés; l'autre qui résiste à cette chaleur.

La première substance est constituée par les alexines normales du sang dont l'activité est augmentée par le travail de l'organisme vacciné et l'action spécialisée par la seconde substance.

Cette seconde substance qui résiste au chauffage à 55 degrés a reçu le nom de *sensibilisatrice* et d'*immunisine* parce que c'est elle qui est l'agent véritable de l'immuni-

sation; parce que c'est elle qui rend le microbe pathogène sensible à l'action de l'alexine.

L'expérimentation a démontré que la présence des deux substances était nécessaire à l'action des sérums spécifiques, mais que la seconde substance la sensibilisatrice, était la substance nécessaire; puisqu'elle suffisait à rendre un sérum curatif et imminusant, même lorsqu'on avait remplacé les alexines banales, empruntées au sang d'un animal non vacciné.

J'ai résumé très succinctement les grandes et utiles découvertes dues à la méthode expérimentale et j'attends que les chimistes aient produit autre chose que des hypothèses non vérifiées, des comparaisons sans valeur et des néologismes barbares pour louer les faits qu'ils auront précisés et les lois qu'ils auront découvertes.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT THYROIDIEN DU GOÏTRE EXOPHTHALMIQUE.

Nous avons publié, il y a quelques années, dans l'*Art Médical*, une pathogénésie de la thyroïdine, traduite en partie d'un travail du D^r Clark paru dans la *Homœopathie World*, composée en parties des histoires d'empoisonnement et des expérimentations sur les animaux publiées dans les journaux de médecine français.

Nous basant sur la loi de similitude et sur les symptômes produits par l'extrait thyroïdien, soit dans les empoisonnements, soit dans les expérimentations, nous concluons

que la thyroïdine était un médicament très bien indiqué dans le traitement du goître exophtalmique. Nous écrivions alors :

La thyroïdine est tellement homœopathique à la maladie de Basedow, dont elle donne un tableau très remarquable dans les cas où elle a été employée à trop fortes doses, que plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ont combattu le traitement thyroïdien du goître exophtalmique comme un non sens.

Nous avons reproduit dans ce travail deux cas d'amélioration rapide de cette maladie par ce moyen et nous n'hésiterions pas, le cas échéant, à l'employer à dose faible, pour éviter toute aggravation.

On relève dans la pathogénésie tous les symptômes du goître exophtalmique : goître (expériences sur les animaux de Ballet et Enriquez); exophtalmie (observation de Baelère): « Les yeux sont saillants et brillants comme dans la maladie de Basedow; on est frappé de l'éclat du regard, de l'aspect brillant et de la saillie des yeux, qui rappellent ceux des malades atteints de goître exophtalmique » ; essoufflement et palpitations au moindre effort, tachycardie; la ressemblance est telle que l'on peut lire dans *The Lancet* (3 mars 1894): « Les symptômes toxiques observés dans quelques cas de myxœdème traités par l'ingestion de tissu de la glande thyroïde rappellent tellement certains symptômes du goître exophtalmique, que l'on peut se demander si la vraie cause de la maladie de Basedow n'est pas une hyperthyroïdisation : tachycardie, élévation de la température, insomnie, agitation, polyurie, paraplégie incomplète, sensation de chaleur, diaphorèse et diarrhée. » Il ne manque, pour rendre ce tableau complet que le goître et l'exophtalmie ; or, les expériences de

Ballet et d'Enriquez nous ont donné le goître expérimental et l'observation de Bécère l'exophtalmie toxique.

Comment les homœopathes pourraient-ils hésiter à traiter la malade de Basedow par la thyroïdine (1)?

Depuis cette époque, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'administrer la thyroïdine contre la maladie de Basedow, en commençant ordinairement par une dose faible, la 6^e dilution, et en augmentant progressivement les doses, suivant la sensibilité des malades pour arriver à la 1^{re} dilution décimale et même à quelques gouttes de la préparation de cette glande d'après le procédé de Brown-Séquard; préparation qui nous sert de point de départ pour nos atténuations, préparation en somme très énergique.

Nous n'avons jamais éprouvé d'accident et dans les quelques cas que nous avons eu à traiter, nous avons obtenu une amélioration considérable, pouvant même dans un cas de goître basedowifié, être considérée comme une guérison véritable.

Cette malade, que nous avons fait examiner au D^r Huchard, a toujours son goître, qui remonte à de longues années du reste, mais l'exophtalmie a beaucoup diminué et, depuis deux ans, non seulement les crises de tachycardiés qui revenaient pour la moindre cause, mais les palpitations habituelles ont complètement cessé.

Nous avons donc lu avec plaisir un article du D^r Gauthier de Charolles, sur les médications thyroïdiennes du goître exophtalmique (2), article que nous allons analyser maintenant.

(1) *Art Médical*. Tome LXXXI, p. 36 et 37 juillet 1895.

(2) *Journal des Praticiens*, 19 juillet 1902.

M. Gauthier rappelle d'abord que certains goîtres simples sont favorablement modifiés par le traitement thyroïdien lorsque le goître est d'un volume modéré, d'une origine récente et chez un sujet jeune.

M. Gauthier a été un des premiers à préconiser l'emploi de la médication thyroïdienne dans le goître exophtalmique, et il en a eu d'assez bons résultats.

Un grand nombre d'auteurs trouvent ce traitement irrationnel et paradoxal. Ils ont fait observer que les phénomènes qui se produisent sous l'influence du traitement thyroïdien rappellent quelques-uns des traits du goître exophtalmique.

« En effet, la tachycardie, l'élévation de la température, l'insomnie et l'agitation, la polyurie, l'albuminurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée, la diarrhée qui peuvent se montrer au cours du traitement thyroïdien, sont fort analogues aux phénomènes du même genre si fréquemment constatés dans la maladie de Basedow.

« Bécère, chez une femme atteinte de myxœdème et à qui, par erreur, on avait donné une dose exagérée de substance thyroïdienne, et par conséquent produit une véritable hyperthyroïdation, vit non seulement disparaître le myxœdème, mais encore survenir des symptômes de maladie de Basedow ; en outre des phénomènes précités, on put constater de la glycosurie, du tremblement, de l'éclat du regard, se rapprochant de l'exophtalmie.

« Pareillement, dans leurs expériences d'hyperthyroïdation sur des chiens, Ballet et Enriquez ont reproduit, dans une certaine mesure, un grand nombre des symptômes de la maladie de Basedow.

« Tous ces faits d'observation et d'expérience sont

assurément en faveur d'une contre-indication de la médication thyroïdienne, dans le goître exophtalmique. Cependant cet ostracisme qui est motivé en outre par un grand nombre d'insuccès et aussi quelquefois des accidents dus à la médication, ne doit pas être d'une pareille rigueur. A côté des insuccès, il existe aussi des cas nombreux où les résultats ont été des plus satisfaisants.

Ces sont justement ces symptômes de maladie de Basedow produits par l'extrait thyroïdien qui sont pour nous une indication positive (c'est-à-dire basés sur la loi des semblables) d'employer ce produit pour guérir le goître exophtalmique.

« Ewald a constaté trois cas d'amélioration passagère ; Schuster, une guérison ; Von Noorden, des effets temporairement défavorables, mais suivis d'amélioration très nette ; Hock, une guérison complète ; Bruns, quatre cas de diminution notable ; Morin (de Neufchatel), Fergusson, Arnozan, chacun une guérison ; J. Voisin, une très grande amélioration dans sept cas ; Owen, un succès complet après divers accidents ; Silex, une guérison ; Bograff, des améliorations tout à fait remarquables dans 12 cas ; J. Müller (de Marbourg), plusieurs cas de guérison par l'iodothyline ; Ingals et Ohls, Ch. Tood, plusieurs bons effets dans des cas très graves ; Savolle, deux cas améliorés ; Caussin, une guérison ; Variot, Rendu, chacun une amélioration ; O. Martin (de Montpellier), Weiller (de St-Dié), Mossé, chacun des succès remarquables.

« Enlenburg, au premier Congrès international de neurologie et de psychiatrie tenu à Berlin en 1897, à la suite d'une discussion sur le syndrome de Basedow où il exposait la théorie sur la parathyroïdisation, concluait à la légitimité de l'opothérapie thyroïdienne. Tous les cas.

dit-il, n'en sont pas justiciables ; mais il en est beaucoup pour lesquels elle est efficace et où elle donne des résultats tout aussi brillants que telle autre méthode, y compris les méthodes chirurgicales.

« Il est bon d'insister sur ces heureux résultats, car, pour ma part, je suis convaincu que c'est à tort que la médication thyroïdienne est répudiée systématiquement dans le goître exophtalmique ».

Voici quelques observations du Dr Gauthier.

Obs. I. — Une femme de 50 ans, très corpulente, se met à maigrir en même temps qu'elle présente les symptômes de basedowisme, palpitations, excitation psychique, insomnie, tremblement, effondrement des jambes qui la met souvent dans l'impossibilité de sortir, exophtalmie légère, petite tumeur goîtreuse dure, à droite. *Ce petit goître préexistait depuis de longues années.* La malade présente cet état depuis plus de dix mois et a déjà suivi divers traitements lorsqu'elle vient me consulter.

Elle reçoit *pro die* deux cuillerées à bouche de notre extrait thyroïdien représentant environ 5 grammes de tissu glandulaire, en même temps qu'on lui donne en lavement 12 gouttes de liqueur de Fowler. Au bout de quinze jours, l'effondrement des jambes, qui est le symptôme le plus pénible, disparaît complètement, les autres symptômes s'amendent. Pendant six mois, on donne, pendant quinze jours par mois, la même dose de thyroïde et la guérison s'établit d'une façon définitive et se maintient depuis un an. Le traitement n'a jamais donné lieu à aucun accident.

Obs. II. — Une demoiselle, âgée de 45 ans, atteinte, depuis plusieurs années, de palpitations, tumeur goîtreuse, exophtalmie prononcée, tremblements, fringales continues, chute de cheveux, toux d'irritation très pénible,

pseudo-lipômes sus-claviculaires, est soumise au traitement thyroïdien. Celui-ci est d'abord mal supporté et la dose doit être réduite à 2 grammes de tissu glandulaire. Après deux mois de traitement à cette faible dose, cette personne, qui est institutrice, a pu reprendre ses fonctions qu'elle a continuées régulièrement pendant deux ans et qu'elle vient de cesser à nouveau pour se marier.

OBS. III. — Une dame, âgée de 35 ans, sans enfants, ancienne névropathe, est prise des symptômes basedowiens à la suite de chagrins domestiques coïncidant avec *l'invasion d'une influenza infectieuse*. Hypertrophie thyroïdienne droite, éclat du regard, tremblement, tachycardie, plaques de vitiligo, insomnie, accès de mélancolie. Cet état existe depuis trois ans lorsque je vois la malade pour la première fois.

Le traitement thyroïdien fut très bien supporté pendant cinq mois consécutifs : pendant vingt jours par mois, 2 à 3 grammes de glande. Aucun autre moyen ne fut adjoint. Actuellement, cette personne jouit d'une bonne santé depuis un ans.

OBS. IV. — Une dame, âgée de 42 ans, mariée à 16 ans, a eu douze enfants. A la septième grossesse, elle fut atteinte d'un petit goître qui ne disparut pas. Quand je la vis pour la première fois, elle présentait de la tachycardie à 130 pulsations, du tremblement, une très légère exophtalmie, un amaigrissement extrême, des sueurs profuses, une toux paroxystique intense. Ces derniers symptômes la faisaient considérer comme une tuberculeuse (quoiqu'elle n'eut pas de phénomènes thoraciques en rapport avec son état cachectique) et elle était traitée en conséquence. Au traitement arsenical qui était déjà institué par un confrère, j'adjoignais l'usage du liquide thyroïdien. Au bout

de six semaines, l'amélioration était telle que la malade se déclarait complètement guérie. Actuellement, il n'y a plus qu'une légère tachycardie : ni l'exophtalmie ni le goître n'ont été modifiés.

Obs. V. — Un jeune homme, âgé de 22 ans, porteur goître plus prononcé à droite, depuis l'âge de 16 ans, d'un tempérament très nerveux, devient basedowien sans cause déterminée : tachycardie à 120 pulsations, tremblement, amaigrissement prononcé et rapide, sueurs si abondantes qu'en une journée il dut changer jusqu'à dix fois de chemise, boulimie, vertiges, céphalée, diarrhée paroxystique, etc. Le traitement thyroïdien dut être cessé au bout de trois jours par suite de l'intolérance habituelle du malade à l'égard de toute espèce de médicament et réellement aussi par suite de l'augmentation des palpitations. Je prescrivis alors des lavements de cacodylate de soude, l'état s'améliora pendant quelques jours ; j'adjoignis alors deux cachets par jour de 0 gr. 25 d'iodothyline, et quinze jours après le malade allait assez bien pour reprendre ses occupations. J'appris plus que les symptômes de Basedow avaient reparu, mais je ne revis pas le malade.

M. Gauthier ne cite que ces cinq observations, parce qu'elles se rapportent à des sujets qu'il a pu suivre et observer assez longtemps pour en constater les effets.

On a donc, ajoute-t-il, exagéré les dangers de cette médication, dangers que l'on doit éviter en commençant par des doses faibles « très prudemment administrées, progressivement augmentées, cessées rapidement, si le thyroïdisme apparaît et en tous cas interrompues de temps à autres suivant l'indication. »

Il pense que les accidents signalés sont souvent produits par l'emploi de préparations sèches ou de spécialités di-

verses dont l'état d'impureté est capable de produire une thyroïdisme par botulisme. Il conseille d'employer les préparations de glande fraîche ou l'iodothyline.

Nous croyons que notre préparation de thyroïdine peut se conserver assez bien pour ne pas causer d'accidents.

D^r MARC JOUSSET.

EMPLOI DE LA CAPSULE SURRÉNALE COMME HÉMOSTATIQUE

A mesure que se précise l'emploi de la capsule surrénale, son usage se répand chaque jour davantage, je crois donc utile de donner quelques renseignements nouveaux sur son mode d'emploi ou ses applications. C'est ainsi qu'il est bon de savoir qu'indépendamment de l'extrait soluble et du principe défini, l'adrénaline, que j'ai signalé dans un précédent article, la capsule surrénale se trouve actuellement dans le commerce parisien sous forme d'extrait sec, poudre jaunâtre, insoluble dans l'eau, d'une odeur particulière, qu'il suffit de faire bouillir en petite quantité, dans 2 ou 3 cent. cubes d'eau, pour l'utiliser en badigeonnages (1), par exemple, quand on veut favoriser l'action de la cocaïne, ou dans tout autre but.

L'adrénaline, ou le chlorure d'adrénaline (chlorid of adreline) constitue le principe actif dont une solution à 1/5000 agirait à peu près comme une solution aqueuse de capsule surrénale desséchée à 1/15.

Ce produit, comme du reste les solutions d'extrait, aurait l'inconvénient de s'altérer très rapidement, ne se conservant que difficilement au contact de l'air (flacon débouché ou exposé à la lumière).

(1) TAPAS. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1902, p. 310.

Aussi Ingals, auteur d'un article où je puise ces renseignements, conseille-t-il de l'associer à divers agents conservateurs, combinés dans une formule de ce genre :

300 grammes d'eau contenant
chlorure d'adrénaline.. . . . 0 gr. 06 centigr.

Ajouter :

Acide borique.	0 gr. 60	—
Eau camphrée.	} à à	8 grammes.
Eau de cannelle.		
Eau distillée	16	—

Le même auteur conserve l'extrait sec en solution stable obtenue après macération et filtration par adjonction des mêmes ingrédients associés de la façon suivante, en chiffres simplifiés :

Capsule surrénale desséchée. .	4 grammes
Acide borique.	1 —
Eau de cannelle.	15 —
Eau camphrée.	30 —
Glycérine. . . . ;	5 —
Eau distillée. . . . q. s. p. f.	60 —

Comme il résulte de l'analyse que je fais plus loin des tentatives de Floersheim et Adam, que l'extrait sec peut être administré à l'intérieur à des doses fractionnées formant un total de 1 à 3 grammes (maximum par vingt-quatre heures), il semble que l'on soit en droit de conclure de ce qui précède, que le chlorure d'adrénaline puisse l'être à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 06 centigrammes par vingt-quatre heures, dose qui doit être fractionnée; il serait prudent de débiter par des doses inférieures.

Ces chiffres de comparaison sont peut-être moins importants qu'on ne pourrait le supposer à première vue, car à l'heure actuelle, je ne sais si les produits que l'on

peut trouver dans le commerce sont d'une composition bien fixe et le plus sûr me paraît être de prendre l'extrait sec comme étalon et de s'en servir pour base de comparaison du titre à employer de toute solution ou produit dérivé des capsules surrénales quel qu'il soit.

Je termine en résumant les résultats obtenus avec ce produit administré à l'intérieur par quelques auteurs dans le cas d'hémorrhagies :

Floersheim (de New-York) publie une statistique de 45 cas d'hémorrhagie traités par l'administration interne de capsule surrénale pulvérisée. La dose ordinairement employée, au début, était de 0,3 décigrammes de médicament, administrée sans eau ; quelquefois cette administration provoquait des nausées ou des vomissements. La dose était renouvelée, si besoin était, à six heures d'intervalle. Des 21 cas d'hémoptysie, 23 cas d'hémorrhagie utérine et un cas d'hématémèse ainsi traités, tous auraient bénéficié de ce traitement (1). Dans un autre article (2) sur le même sujet, Adam conseille l'emploi de capsule surrénale, dans le traitement de l'hématémèse, en lavements à la dose de 0,6 décigrammes renouvelée, si besoin est, toutes les deux, puis toutes les quatre heures. Il évite ainsi les vomissements que l'ingestion du médicament peut provoquer et qui doivent être particulièrement évités en pareil cas :

W. T. Thomas (3) l'a employé avec succès chez deux

(1) FLOERSHEIM. *New-York med. News*, 1902, d'après le *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902.

(2) ADAM. *Brit. med. Journ.*, 1902, d'après le *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902.

(3) W. T. THOMAS. *Brit. med. Journ.*, nov. 1901, *Centralbl. f. Chir.*, 1902.

blessés hémophiles dont un enfant de treize mois. Il eut l'idée de panser les plaies dont les hémorrhagies se répétaient avec de la gaze saupoudrée d'extrait sec de capsule surrénale, en même temps qu'il leur faisait prendre à l'intérieur une dose répétée toutes les quatre heures de 6 centigrammes d'extrait pour l'enfant, de 3 décigrammes pour l'autre malade adulte. (*Gaz. des hôpitaux.*)

VIOLET

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE.

Nous lisons dans le *Journal des praticiens* (1), un article sur ce sujet, à propos d'un article publié par M. G. Edebohls, dans le *New-York médical Review* (21 décembre 1901).

L'auteur a été amené à opérer systématiquement les malades atteints de néphrite chronique à la suite de l'amélioration considérable observée dans plusieurs cas d'ectopie rénale ayant nécessité la néphropexie — et dans lesquels l'albuminurie abondante et la présence de cylindres dans les urines, ne laissaient aucun doute sur l'état pathologique du fil rénal.

La première opération pratiquée par Edebohls dans le but bien déterminé de traiter la néphrite, date du 10 janvier 1898. En comprenant les cinq cas de néphropexie dont les résultats au point de vue de la néphrite avaient attiré l'attention de l'auteur, la statistique repose sur dix-huit cas, qui se décomposent ainsi : treize cas de néphrite interstitielle chronique ; deux de néphrite parenchymateuse ; trois de néphrite mixte. Dans tous ces cas le diagnostic du mal de Bright était basé sur l'histoire anté-

(1) 3 mai 1902.

rieure du malade, l'analyse chimique et l'examen microscopique des urines, plus tard par l'inspection et la palpation du rein au moment de l'opération, et enfin, dans deux cas, par l'examen histologique de petits morceaux de tissu rénal prélevé par l'opérateur.

Dans tous les interventions, sauf une, les reins furent complètement libérés, et les assistants purent constater les lésions macroscopiques des organes : déformation, bosselures, capsule adhérente, état granuleux de la surface sous-capsulaire, kystes de la néphrite interstitielle. L'augmentation de volume, l'aspect lisse, blanchâtre ou tacheté de la néphrite parenchymateuse, enfin, les variations dans la densité, la fermeté du tissu de l'organe. Dans deux cas on préleva deux petits morceaux de ce tissu qui furent examinés par le professeur Brooks : il s'agissait de néphrite chronique diffuse.

Voici en quoi consiste l'opération pratiquée par M. Edebohls. Le rein ayant été complètement libéré et hors de la plaie, on incise la capsule propre sur une sonde cannelée et tout le long du bord externe. Puis avec le plus grand soin, afin de ne pas enlever de tissu, on sépare du rein ces deux moitiés de capsule que l'on coupe ensuite aussi près que possible du hile. Lorsque le rein n'a pu être dégagé, cette décortication devient plus difficile : on la fait lentement avec les doigts au fond de la plaie, on excise la capsule aussi loin que l'on peut, et le reste est repoussé vers le hile où il se pelotonnera.

Puis le rein ainsi dénudé est remis dans sa loge, et la néphropexie termine l'opération. Pour cette décortication rénale, Edebohls a trouvé le nom de néphrocapsectomie.

Dans tous les cas les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Vers le dixième jour on pouvait déjà

constater une augmentation aussi considérable de la quantité d'urine émise.

Les résultats définitifs furent les suivants : sur dix-huit opérations, trois succès, une amélioration, quatre malades qui ne furent pas revus, dix guérisons. Dans ces dix cas le retour des urines à la normale se fit à des dates variant d'un mois à un an après l'opération ; plus la néphrite remontait à une époque éloignée et plus la disparition des cylindres et de l'albumine a été longue à se faire.

Comment cette opération peut-elle amener la guérison ou l'amélioration du mal de Bright ? L'auteur pense trouver la réponse à cette question dans les faits suivants, qu'il eut l'occasion de constater au cours de trois opérations sur des reins déjà néphropexiés. Dans chacun de ces cas il observa : 1° la formation d'adhérences du tissu conjonctif très fort, reliant le rein aux parties avoisinantes ; 2° l'existence dans ces bandes de tissu conjonctif de volumineux et nombreux vaisseaux ; 3° la prédominance, dans ces vaisseaux, de nouvelles formations des artères sur les veines, prédominances portant aussi bien sur les dimensions que sur le nombre ; 4° le fait très significatif que dans toutes les artères la direction du courant sanguin se faisait vers les reins.

Edebohls pense que cette vascularisation artérielle extraordinaire et nouvelle est le principal facteur de la guérison.

Nous avons voulu reproduire cet article bien que le moyen thérapeutique qu'il préconise nous paraisse bien hasardeux ; cependant l'ineurabilité de la néphrite chronique permet d'essayer un traitement même aléatoire.

Dr MARC JOUSSET.

CLINIQUE MÉDICALE

L'ANÉMIE PERNICIEUSE BOTHRIOCÉPHALIQUE

Bien que les bothriocéphales puissent séjourner de longues années dans l'intestin sans produire d'accidents sérieux, on observe quelquefois une anémie à forme pernicieuse paraissant survenir sous l'influence de ce ver intestinal dans des conditions qui ne sont pas encore parfaitement élucidées.

C'est Botkin (de Saint-Petersbourg) et Hoffmann (de Dorpat) qui ont les premiers signalé ces cas. Schau-man (d'Helsingfors) a publié, en 1894, une étude complète de la question (1).

Cette anémie grave, due au bothriocéphale, paraît avoir été assez étudiée en Allemagne ; elle est à peine signalée dans les travaux français.

M. Bard en a fait le sujet d'une leçon clinique publiée dans la *Semaine médicale* (2).

Le bothriocéphale est un parasite qui est presque exclusivement transmis par certains poissons de mer et d'eau douce, il n'est donc pas étonnant que les cas d'anémie bothriocéphalique aient été surtout observés sur les bords de la Baltique et du lac de Genève.

Voici deux observations provenant du service du Dr Bard.

(1) Zur Kenntniss der sogennauten Botriocephalus-Anæmie, Berlin, 1894.

(2) 23 juillet.

La première observation concerne un homme de 29 ans, exerçant la profession de vitrier, entré à la clinique le 30 janvier 1901. Natif de la province de Turin, il est venu en Suisse dès l'âge de 7 ans, pour travailler comme apprenti vitrier dans le canton de Fribourg; il est retourné en Italie à 21 ans afin d'accomplir son service militaire, et n'a jamais été malade pendant les trois années qu'il a été soldat; après sa libération, il est revenu s'établir à Lausanne il y a cinq ans, ensuite à Genève, en juillet 1900.

Depuis l'âge de 12 ans, à son dire, il rejetait, à intervalles plus ou moins éloignés (tous les trois ou quatre mois environ) de longs fragments de vers plats, qui atteignaient quelquefois 3 à 4 mètres. Pendant de longues années, il n'a jamais éprouvé de troubles sérieux et il ne s'est jamais soigné pour cela. Marié en 1899, sa femme était enceinte au moment où il est entré à l'hôpital.

Ce n'est qu'au commencement de novembre 1900 qu'il se met à décliner, à perdre l'appétit, à pâlir et à s'affaiblir rapidement. Dans le courant de décembre, il expulse un ver de 3 mètres de long, sans y porter plus d'attention que par le passé; il est à ce moment très constipé; on lui prescrit du quinquina et des toniques qu'il prend sans succès. De l'œdème des pieds survient; il ne peut bientôt plus se tenir debout; il doit s'aliter le 25 janvier 1901, et, à bout de forces, mais sans souffrances, il se décide à entrer à l'hôpital.

Dès son admission, le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive s'impose: les muqueuses sont absolument décolorées, la face est pâle, mais blanche, sans teinte jaunâtre; le malade se plaint de tintements d'oreilles, de céphalées, de palpitations. On trouve, à l'auscultation,

des souffles inorganiques, et on remarque un léger œdème. L'examen objectif ne révèle aucune lésion viscérale : le cœur et les poumons sont normaux ; pas d'albumine dans les urines. Les selles sont rares et noirâtres à l'entrée ; le lendemain, il y a plusieurs selles abondantes, liquides et jaunâtres. La température est normale. Un repas d'épreuve montre l'absence de toute rétention gastrique ; l'acidité totale est normale (2,11 0/00) ; l'acide chlorhydrique libre, par contre, est peu abondant (0,14) et on ne trouve que des traces d'acide lactique et d'acide butyrique.

L'examen du sang est très caractéristique : 30 p. 100 d'hémoglobine, 1.100.000 globules rouges, 7.000 leucocytes, valeur globulaire de 1,38. Sur les préparations sèches, on constate une poikilocytose très accusée, avec nombreux globules géants, prédominance des gros mononucléaires, quelques lymphocytes, peu de polynucléaires, pas de globules rouges à noyaux.

L'examen des selles révèle l'existence de nombreux œufs de bothriocéphale.

Le 3 février, on administre 5 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, suivis de 30 grammes d'huile de ricin : cette médication amène l'expulsion de nombreux fragments de vers plats, au milieu desquels on retrouve trois scolex allongés sans ventouses.

Aussitôt après, [changement à vue : l'amélioration se fait avec une rapidité inconcevable. Dès le surlendemain, cet homme se trouve beaucoup mieux et a repris bon appétit ; les vertiges, les bourdonnements d'oreilles disparaissent en quelques jours ; le teint change à vue d'œil, et le malade quitte l'hôpital le 23 février, malgré tous les efforts faits pour le retenir, parce qu'il se considère comme complètement guéri et qu'il a hâte de retrouver sa femme et de reprendre son travail.

Le poids, de 52 kilogr. 400 à l'entrée, a commencé son accroissement aussitôt après l'expulsion du tænia : 53,500, le 7 ; 54 le 10 ; 55,300 le 15 ; 56,500 le 20.

L'examen du sang est encore plus significatif ; le 13, on constate 40 p. 100 d'hémoglobine, 1.800.000 globules rouges et 9.300 blancs, une valeur globulaire de 1.11 ; la poikilocytose s'observe encore, les gros mononucléaires et les polynucléaires sont en nombre à peu près égal ; il y a peu de lymphocytes. Le 23, on trouve 45 p. 100 d'hémoglobine, 2.800.000 globules rouges, 6.200 blancs, une valeur globulaire de 0,80.

Nous avons eu des nouvelles de cet homme à plusieurs reprises, et, tout récemment encore ; la guérison s'est maintenue parfaite depuis cette époque, si parfaite qu'il n'a plus été possible de le faire revenir à l'hôpital, même pour un simple examen.

Le second fait que nous avons observé est peut-être plus intéressant encore, quoiqu'il soit au premier abord moins convaincant, parce qu'il appartient aux cas de cette affection qui restent rebelles au traitement et qui poursuivent leur évolution jusqu'à la terminaison mortelle.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, exerçant la profession de tonnellerie, qui entra à la clinique le 12 mars 1902, et en sortit le 15 mai, dans un état extrêmement grave, pour succomber chez lui dès le surlendemain. Le départ du malade de l'hôpital, malgré tous les efforts de persuasion faits pour le garder, a enlevé à cette observation le contrôle de l'autopsie ; quelque regrettable que soit cette lacune, les détails observés ne peuvent laisser aucune hésitation sur la réalité du diagnostic clinique d'anémie pernicieuse progressive. Le seul doute possible serait

celui qu'on pourrait élever sur le rôle pathogénique du parasite intestinal, ou sur l'espèce exacte de ce dernier ; mais, à ces deux points de vue, l'autopsie n'aurait rien appris de plus que l'observation clinique.

Au moment de l'entrée, l'aspect était nettement celui des anémies graves : décoloration de la peau et des muqueuses, extrême faiblesse, souffles inorganiques précordiaux, jugulaires et oculaires, hémorrhagies rétinien-nes, augmentation de volume de la rate dont on sentait le pôle inférieur, phénomènes subjectifs ordinaires, rien ne manquait au tableau classique. L'hypothèse de cancer latent de l'estomac était seule à éliminer : dès les premiers examens elle perdait toute vraisemblance, et l'évolution ultérieure de la maladie permit ensuite de la rejeter complètement.

Le début de l'affaiblissement et de la diminution des forces remontait au commencement de 1900 ; l'appétit n'avait jamais été perdu et restait encore assez bon : il n'y avait jamais eu de dégoût électif pour aucun aliment, jamais de vomissements, jamais de douleurs, ni même de pesanteurs gastriques ; par contre, il existait une diarrhée lientérique à peu près continue depuis deux ans, mais sans melœna.

L'exploration de la région gastrique est facile, indolente ; elle ne révèle pas de dilatation ni de rénitence, nulle part de ganglions ; un peu d'hypertrophie splénique. On constate un léger œdème malléolaire, et l'urine renferme des traces indosables d'albumine. La température est normale au début, plus tard survient une fièvre peu élevée. Pas de lésions pulmonaires ni cardiaques. Bien que le malade, qui pèse actuellement 62 kilogrammes (nu) dise en avoir pesé autrefois 85 (habillé), l'amaigrissement n'est pas apparent.

Le sang, soumis pour la première fois à un examen complet le 23 mars, contient 4.900.000 globules rouges et 32 p. 100 d'hémoglobine; la valeur globulaire est de 0.82.

Un repos d'épreuve montre qu'il n'y a aucune rétention, aucune fermentation anormale; par contre aepsie presque absolue: pas d'acide chlorhydrique libre et 0,15 seulement d'acidité totale.

L'examen répété des selles ne permet de découvrir aucun parasite, pas d'œufs de bothriocéphale.

Cependant, interrogé à plusieurs reprises, cet homme finit par se rappeler qu'il a eu un ver solitaire il y a un an. En le faisant préciser, on apprend qu'il s'en est aperçu pour la première fois le 16 avril 1900, jour où il a eu à satisfaire un besoin impérieux en plein champs, ce qui lui a permis de constater, dit-il, une quinzaine de fragments de ver assez longs. A ce moment, il présentait déjà de la faiblesse et de la diarrhée, depuis trois ou quatre mois; il ne s'est aperçu d'une nouvelle expulsion de son parasite que vers le milieu de 1901.

A cette date, après de fortes coliques, qui avaient duré toute la journée, il a expulsé en plusieurs fois (en deux heures au total) un ver très long, qui sentait très mauvais. Depuis il a pris plusieurs fois des anthelminthiques sans résultats.

On lui administre, le 2 avril, de l'extrait éthéré de fougère mâle, sans résultats.

Le malade a eu sous l'influence du repos et des injections au cacodylate de soude, une amélioration relative, avec un léger engraissement. Cela ne l'a pas remis cependant et il a quitté l'hôpital presque agonisant.

Voilà les deux faits observés par M. Bard. On a fait à l'anémie pernicieuse bothriocéphalique l'objection qu'un

grand nombre de porteur de botriocéphales sont absolument indemnes.

D'après MM. Schapiro et Dehio, ces accidents seraient causés par la résorption de substances toxiques provenant du corps des parasites, soit par le fait de maladies de ces organismes, soit par celui de leur putréfaction après leur mort.

Lorsqu'on trouve chez des anémiques des bothriocéphales à l'état frais et vivant, on pourrait admettre soit que l'anémie est due à la non expulsion et à la putréfaction des segments inférieurs détachés de l'animal (Dehio), soit à la présence de parasites multiples, dont l'un a pu mourir, se détruire et être résorbé sans altérer la vitalité des autres (Schauman).

Quoi qu'il en soit de ces théories, il paraît évident qu'il existe des cas d'anémie grave liés à la présence du bothriocéphale puisque dans certaines observations comme la première de M. Bard, l'anémie guérit complètement aussitôt après l'expulsion du parasite.

Il est donc utile de connaître ces faits pour pouvoir les diagnostiquer au besoin.

D^r MARC JOUSSET.

LE TESTICULE SYPHILITIQUE

Le professeur Dieulafoy vient de consacrer deux leçons à ce sujet.

Nous en empruntons le compte-rendu au *Journal des Praticiens* (1).

La syphilis du testicule est une complication assez fré-

(1) 10 juillet 1902.

quente ; d'après Fournier on la retrouverait une fois sur 30 cas de vérole. Elle se révèle par deux sortes de lésions distinctes : l'épididymite telle que l'a décrite Dron, de Lyon, et l'orchite scléro-gommeuse. L'épididymite se montre dans les premiers mois de la maladie et coïncide avec les accidents secondaires habituels. Elle est localisée le plus souvent à la tête de l'organe et se traduit par une grosseur qui peut atteindre le volume d'une amende, et se montre ferme, rigide, uniforme, indolente. Elle est bilatérale dans environ la moitié des cas. Le début est insidieux et passe inaperçu, ou bien l'invasion est brusque et son allure inflammatoire peut faire croire à une orchite uréthrale ou à une tuberculose.

L'orchite scléro-gommeuse est bien plus importante, surtout à l'occasion des difficultés de diagnostic et des conséquences thérapeutiques qu'elle soulève. M. Dieulafoy cite le cas d'un malade qui, après avoir pris l'avis de deux chirurgiens éminents de Paris, fut déclaré atteint d'une tumeur maligne du testicule. La castration fut proposée ; le malade désolé s'en alla aux eaux de Luchon et là-bas, il fut soumis à un traitement antisypilitique. La guérison s'ensuivit. C'est qu'il ne faut jamais désespérer. Les tissus fibreux les plus denses arrivent à se résorber, les manifestations les plus graves se dissipent. M. Dieulafoy rappelle l'histoire d'un malade qui était venu le consulter pour un anneau fibreux qui siégeait à l'extrémité du fourreau de la verge. M. le professeur Fournier diagnostiqua une sclérose syphilitique ; au bout d'un mois de traitement, le prépuce avait recouvré sa souplesse. Il y a déjà longtemps, M. Dieulafoy vit entrer à la Pitié un malade asphyxiant et cyanosé. Il avait du cornage, une respiration sifflante. L'examen laryngoscopique pratiqué par Krishna-

ber montra un état fibreux de la portion sus-glottique du larynx et un rétrécissement considérable. Une trachéotomie d'urgence semblait seule pouvoir sauver le malade, il n'en fut rien. On se passa de l'opération, et le traitement mercuriel fut institué. Au bout de quelques jours, un mieux se produisit. La guérison fut complète en six mois.

L'orchite scléro-gommeuse peut se terminer par atrophie : chez un malade du service, de la fluctuation s'était déclarée et le médecin avait ouvert d'un coup de lancette. Voilà une méprise qu'on ne doit jamais commettre ; car une fois les parcelles muco-purulentes écoulées, la plaie peut bourgeonner ; un champignon se forme, large, gros, pédiculé ou sessile ; il se développe sur l'incision et donne lieu à une sorte de chou-fleur qui peut induire le clinicien en erreur. Quelle est cette tumeur ? Jusqu'à Rollet on n'en savait rien. C'est le chirurgien lyonnais qui établit la nature syphilitique d'un certain nombre de ces fungus, les autres étant constitués par des végétations tuberculeuses ou cancéreuses (fungus malin). Ce fungus syphilitique peut être superficiel ou profond, suivant qu'il siège en dehors ou en dedans de l'albuginée. Mais la forme clinique est la même et, dans les deux cas, c'est une masse végétante grenue, brunâtre, rougeâtre, saignant peu et liée à une surproduction de bourgeons charnus. Dans la forme profonde, une seule différence d'ordre anatomique sépare cette forme du fungus superficiel. Des lambeaux de testicule, des tubes séminifères peuvent être éliminés, qui font défaut dans le fungus superficiel. Quant aux enveloppes scrotales, elles s'œdématisent, deviennent éléphantiasiques, se sclérosent, forment un pédicule fibreux ou champignon qui fait saillie.

Le traitement agit si merveilleusement qu'il convient

de poser un diagnostic précis. Il existe des formes d'orchite syphilitique aiguë, à début brusque, avec douleurs vives, rougeurs du scrotum. Le testicule est gonflé, douloureux. On songe à la blennorrhagie, mais le malade n'a pas eu de blennorrhagie ; d'autre part l'épididyme n'est pas isolable. Il est perdu dans la masse globuleuse du testicule. On écarte l'idée d'une orchite ourlienne, typhoïdique, goutteuse. Les antécédents suffisent à faire rejeter pareilles formes. On hésite davantage avec l'orchite tuberculeuse aiguë ; mais là encore, c'est l'épididyme qui est touché ; une induration douloureuse est perçue au niveau de la queue de l'organe ; en outre, il existe des lésions de la prostate, du cordon ou des vésicules séminales, cela est exceptionnel au cours de la syphilis.

Dans la syphilis à part l'épididymite secondaire de Dron, c'est toujours le testicule qui est pris le premier. De plus la prostate est saine.

Dans les cas de doute, on pourra recourir au séro-diagnostic, à la réaction agglutinante que présentent les tuberculeux et qui fait défaut chez les syphilitiques.

Dans la forme scléro-gommeuse ordinaire, les testicules sont gros, indurés, ligneux, indolents ; les bourses normales, non adhérentes. L'épididyme n'est pas isolable et se confond avec le testicule. La sensibilité spéciale de la glande a disparu. C'est cette forme qui peut simuler, aussi bien d'ailleurs que la forme végétante, une tumeur maligne de l'organe. On dit, il est vrai, que les tumeurs malignes ont un développement rapide, s'accompagnent d'un engorgement des ganglions du pli de l'aîne, et que le testicule syphilitique évolue lentement et sans réaction ganglionnaire. Rien de cela n'est absolu. Il peut y avoir rapidité d'évolution dans le testicule syphilitique et pléiade

ganglionnaire, par suite d'infections secondaires. L'indolence même n'est pas un signe différentiel toujours certain. Des testicules syphilitiques sont parfois douloureux. On ne saurait arguer davantage de la bilatéralité de la lésion. Le sarcocèle syphilitique est souvent double, le cancer n'atteindrait jamais qu'une glande. Soit ! mais il est des cas où la syphilie ne se fixe que dans un testicule et où la tumeur maligne frappe les deux. Alors comment juger ? On attendra l'effet du traitement. L'iodure ne donnera peut-être pas grand résultat ; c'est un médicament utile sans doute, mais un peu surfait. Le grand remède, ce seront les injections mercurielles : de 4 à 8 milligr. de bi-iodure en solution huileuse ; une injection par jour pendant quelques semaines.

L'hématocèle dans les cas obscurs, se distinguera de la même manière : par le résultat des injections mercurielles qui n'agissent pas sur l'hématocèle et réduisent immédiatement la tumeur syphilitique.

Le testicule de la syphilis héréditaire ne se signale par aucun caractère spécial ; dans la syphilis précoce, les glandes sont prises des deux côtés : elles sont dures, grosses, ligneuses, lisses. Le testicule de la syphilis héréditaire tardive est celui de la syphilis scléro-gommeuse. On instituera le traitement aussitôt le diagnostic posé.

M. Dieulafoy fait observer qu'à côté du testicule syphilitique héréditaire, il existe une autre forme liée indirectement à l'infection des parents. C'est le testicule parasyphilitique, le testicule par vice dystrophique. Dans ces cas, la glande est petite, atrophiée et il existe souvent en même temps des signes non douteux d'infantilisme.

J'ai eu l'occasion, il y a dix ans, d'observer un cas de

testicule syphilitique héréditaire, chez un jeune homme de 18 ans, qui fut pris d'une épididymite aiguë, douloureuse, avec gonflement de l'épididyme, rougeur du scrotum. L'absence de blennorrhagie, la cessation rapide des accidents aigus et douloureux me fit penser d'abord à une épididymite tuberculeuse. Après une période assez longue, toute douleur disparut et le gonflement de l'épididyme fut graduellement remplacé par une atrophie, qui s'étendit à la glande testiculaire elle-même, de sorte qu'aujourd'hui le testicule qui a été malade offre le volume d'une noisette. Le père de ce jeune homme avait eu avant son mariage une syphilis grave, mal soignée au début, lui ayant amené des accidents du côté du cerveau, guéris par un traitement mixte intensif. Il me semble bien évident que l'affection testiculaire du fils ne peut être rattaché qu'à la syphilis héréditaire tardive.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. LES ANGINES DIPHTÉRIQUES MALIGNES OBSERVÉES EN 1901 ET 1902. — II. INTOXICATION SATURNINE RÉSULTANT DU GRATAGE DES MOULES A GLACE ARTIFICIELLE. — III. POULS LENT PERMANENT. ISCHÉMIE DU BULBE PAR OBLITÉRATION DES ARTÈRES BULBAIRES AU NIVEAU DE LEUR ORIGINE SUR LE TRONC BASILAIRE. — IV. BOULIMIE POUR LES ALIMENTS CARNÉS

DANS UN CAS DE DIABÈTE AZOTURIQUE. — V. GANGRÈNE DE LA BOUCHE.

I

(Séance du 11 juillet.) — M. MARFAN fait une communication sur les *angines diphthéritiques malignes en 1901 et 1902*.

Il constate d'abord que depuis la fin de l'année 1900 le nombre des cas de diphtérie observés à l'hôpital des Enfants-Malades a doublé et que les cas graves ont été observés plus fréquemment que par le passé.

Sur 1.303 cas de diphtérie soigné du 1^{er} mars 1901 au 1^{er} mars 1902, il y a eu 271 décès, dont 137 survenus moins de vingt-quatre heures après l'entrée.

Dans cette dernière épidémie, on a soigné deux formes très distinctes : une forme commune et une forme maligne. « Les différences entre les deux sont si grandes que, sans le caractère commun fourni par la présence sur la gorge de fausses membranes renfermant le bacille de Lœffler, et sans les formes de passage qui les relient, on pourrait croire que l'angine commune et l'angine maligne sont deux maladies distinctes. Parmi ces différences, nous signalerons tout de suite celle-ci : dans les formes communes, le sérum antidiphthérique a une action curative qui s'exerce rapidement et avec une précision quasi mathématique ; dans les formes malignes, ce remède agit lentement et n'empêche pas toujours les accidents mortels de se produire, parfois dès les premiers jours, plus souvent tardivement et alors qu'on pourrait croire la partie gagnée ; cependant, dans ces derniers cas, la mort peut être prévue à l'avance lorsqu'on voit se succéder certains symptômes

dont l'ordre d'apparition est assez régulier ; ce sont ces formes graves à marche lente qui nous ont paru caractériser l'épidémie actuelle. »

La description que le Dr Marfan fait des angines malignes qu'il a observées à l'hôpital des Enfants est analogue à ce que nous avons décrit depuis longtemps sous le nom de *diphthérie putride* : fausses membranes épaissies abondantes, recouvrant toutes les parties du pharynx, d'une teinte grisâtre ; avec tuméfaction des parties sous-jacentes ; déglutition douloureuse et difficile ; exhalant souvent une odeur infecte ; écoulement nasal d'une sérosité roussâtre ; lèvre supérieure souvent rouge et tuméfiée par l'écoulement nasal ; adénopathie sous-maxillaire étendue avec œdème du tissu cellulaire, pouvant produire l'aspect du cou proconsulaire ; température ordinairement peu élevée ; pouls fréquent et dépressible ; prostration et anorexie.

M. Marfan distingue trois variétés :

1° *Une variété très rapide* caractérisée par l'extension de la diphthérie à l'arbre respiratoire. Cette variété existe dans 20 p. 100 des cas observés par M. Marfan.

Le sérum, la trachéotomie, le tubage ne produisent aucun soulagement et la mort survient de vingt-quatre heures à trois jours après l'entrée à l'hôpital.

Nous en avons observé un cas à notre petit hôpital d'enfants de Neuilly, la maison Marguerite. Un petit enfant de 2 ans fut apporté à 5 heures du soir ; le médecin de la ville avait constaté la maladie à midi et l'enfant mourut vers 6 heures du matin, c'est-à-dire douze heures après son entrée à l'hôpital. Il avait des fausses membranes grisâtres, un teint très pâle, un cou proconsulaire, une dyspnée très accentuée sans tirage marqué : la trachéotomie ne le soulagea même pas.

2° Variétés hémorrhagique à marche moins rapide ; la mort survient du premier au cinquième jour.

Elle est caractérisée par des hémorragies (épistaxis, saignement des lèvres et de la gorge; hématomèse, mélena, hématurie) et surtout par des ecchymoses cutanées, de couleur verdâtre ou noirâtre, qui se voient principalement sur les membres inférieurs.

Cette variété présente assez souvent un érythème scarlatiniforme siégeant presque exclusivement à la face antérieure des genoux et à la face postérieure des coudes.

La mort survient dans une adynamie profonde, souvent après des vomissements et une diarrhée infecte ; elle peut être précédée de coma ou de convulsions, ou d'agitation, d'angoisse, de dyspnée, de cyanose, signes paraissant liés à une thrombose cardiaque.

3° Une variété plus lente, plus fréquente (60 p. 100 environ). Sous l'influence du sérum, les fausses membranes se désagrègent très lentement. Cependant la gorge arrive à se dégager, et dans quelques cas la convalescence commence et on peut observer la guérison.

Souvent au lieu de guérir, il s'établit un état d'anémie, avec pâleur persistante et croissante ; apathie, le malade reste immobile sans demander à boire et à manger ; paralysie précoce du voile du palais ; pouls ordinairement très faible ; augmentation de la matité hépatique, qui manque rarement et est d'un pronostic fâcheux, surtout si elle s'accompagne d'une dilatation du cœur, caractérisée par le choc de la pointe diffus et difficile à percevoir, une matité qui atteint le milieu et le bord droit du sternum, l'affaiblissement des bruits du cœur, le rythme fœtal.

La mort est souvent alors précédée de vomissements qui sont d'un pronostic très grave. Elle est souvent subite par syncope.

L'examen bactériologique a démontré dans le sang et les caillots sanguins la présence d'un microbe déjà décrit à la Société médicale des hôpitaux (1) par MM. Deguy et Legros, le *diplococcus hemophilus perlucidus*, qui paraît spécial à ces formes malignes de la diphtérie.

II

MM. L. RENON et GÉRAUDEL lisent l'observation d'un homme de 54 ans entré à Neck er en mars 1902 pour des coliques de plomb. Cet homme, qui travaillait depuis juillet 1901 dans une fabrique de glace artificielle, était occupé depuis le 8 décembre à gratter les moules qui servaient à préparer cette glace.

La poussière brune produite par ce grattage fut analysée, elle contenait une grande proportion de plomb.

III

(*Séance du 18 juillet*). — MM. WIDAL et LEMIERRE rappellent qu'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître que le syndrome du pouls lent permanent avec attaque syncope ou maladie de Stokes-Adam relève de l'athérome des artères bulbaires.

Ils ont observé un malade de 78 ans, qui, depuis l'âge de 33 ans, époque où il a un rhumatisme articulaire aigu, a toujours eu des intermittences du cœur et chez qui on aurait à ce moment diagnostiqué une insuffisance mitrale. Depuis avril 1902, le malade avait du pouls lent permanent (30 à 40 pulsations).

Le malade n'avait jamais eu ni syncopes, ni crise épi-

(1) 16 mai 1902.

leptiforme, lorsque le 8 juin il fut pris d'une syncope dont il mourut.

A l'autopsie, on trouve un athérome très marqué des artères de la base du cerveau, surtout au niveau des vertébrales et du tronc basilaire ; toutes les artères qui pénètrent le bulbe sont très athéromateuses et très rétrécies, d'où ischémie du bulbe.

IV

(*Séance du 25 juillet*). — M. DE MASSARY présente une femme atteinte depuis six ans d'un diabète azoturique ; cette femme, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire, est atteinte d'un embonpoint exagéré, puisqu'elle pèse 94 kilos bien qu'elle n'ait qu'un mètre 53 de hauteur. Elle présente une véritable boulimie pour la viande, qu'elle se procure par tous les moyens possibles, même le vol et qu'elle mange crue ou cuite. Elle boit deux ou trois litres de liquide par jour ; rend 60 à 100 grammes d'urée. On pourrait se demander s'il s'agit bien là d'une véritable azoturie ou si l'énorme quantité de viande qu'elle absorbe n'est pas la cause de l'augmentation d'urée.

V

M. GALLIARD et Mlle FRANCILLON communiquent une observation de *gangrène de la bouche* survenue sans cause apparente chez une jeune fille de 20 ans. Le début fut marqué par de la courbature, de la diarrhée ; puis difficulté d'ouvrir la bouche et écoulement d'une salive sanieuse extrêmement fétide. On put constater des ulcéra-

tions des lèvres et des gencives et deux escharres grisâtres à la face interne des joues.

La malade guérit, bien que son état général fût mauvais, à la suite de cautérisation des escharres au thermocautère et de lavages avec de l'eau phéniquée, du permanganate de potasse.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

- I. TÉTANOS CONSÉCUTIF A DES INJECTIONS DE SÉRUM GÉLATINÉ.
— II. URTICAIRE ET ACCIDENTS GRAVES PRODUITS PAR UNE DÉCOCTION DE FEUILLES D'UVA URSI. — III. DES ACCIDENTS DE PONCTION LOMBAIRE ET DES MOYENS DE LES ÉVITER. — IV. DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ CHEZ LES PHTISIQUES.

I

L'usage des injections de sérum gélatiné dans le traitement des hémorrhagies et des anévrysmes tend à se répandre, de plus en plus, dans la pratique médicale; il est donc tout à fait opportun de signaler les cas, malheureusement assez nombreux, de développement du tétanos à la suite de ces injections.

Il est certain que ces accidents regrettables sont dus à la présence, dans la gélatine du commerce, de spores ou de toxines tétaniques.

Il est presque certain que la gélatine du commerce tétanigène contient plutôt des toxines que des spores et nous appuyons cette opinion sur deux faits : c'est pre-

mièrement le développement d'un tétanos mortel chez un malade dont l'injection avait été préalablement stérilisée; c'est ensuite que dans les autopsies, les malades qui ont succombé au tétanos suite d'injections gélatinées, on n'a pas retrouvé le bacille dans le pus formé au niveau de l'injection, et que ce pus réinjecté à un lapin a déterminé le tétanos.

C'est donc la toxine que contient la gélatine qui a servi à préparer les injections tétanigènes. Or, comme ces toxines ne peuvent être stérilisées par la chaleur, nous proposons, pour empêcher le retour d'accidents aussi regrettables, d'essayer par l'inoculation sur les animaux la gélatine destinée à préparer les injections médicales. (*Semaine médicale*, 30 juillet 1902.)

II

Chez une femme de 48 ans qui souffrait d'une toux quinteuse avec écoulement involontaire des urines, M. Meijers prescrivit, en décoction, 30 grammes de feuilles d'uva ursi dans 300 grammes d'eau à prendre par cuiller à bouche; après la seconde cuillerée la malade éprouva les symptômes suivants :

La nuit suivante, elle se réveilla avec de la dyspnée, des nausées et des vomissements. Le lendemain matin, la dyspnée persistait, le pouls était petit, irrégulier; il y avait de la cyanose et, sur le visage, la poitrine et le dos, se voyaient de grands placards éruptifs confluent, de coloration rouge vineuse, faisant une légère saillie au-dessus de la peau et rappelant l'urticaire, sauf que les démangeaisons faisaient défaut. Dans l'après-midi, ces divers symptômes augmentèrent encore d'intensité et on dut

prescrire un peu de teinture de strophantus. Vers le soir la situation s'améliora et, après une bonne nuit, la guérison se trouva complète; au bout de trois jours l'éruption avait disparu. Les urines, en raison de l'incontinence vésicale et d'un léger retour menstruel, ne purent être examinées qu'au troisième jour : elles ne contenaient qu'un peu d'albumine, due peut-être à l'écoulement menstruel, et qui disparut, d'ailleurs, bientôt. Quant à la décoction absorbée par la malade, elle ne renfermait, d'après l'analyse chimique qui en fut faite, aucun principe anormal.

(*Loc. cit.*).

IV

Le Dr Milian, après avoir passé en revue les accidents trop fréquents déterminés par la ponction lombaire conclue ainsi :

Des considérations précédentes dérivent naturellement les *précautions* à prendre lorsqu'on fait une ponction lombaire dans un but explorateur.

Laisser couler le liquide spontanément et ne jamais l'aspirer. L'aspiration ne sera permise que pour quelques gouttes, les premières, lorsqu'elles seront hésitantes à venir; on laissera ensuite l'écoulement se faire naturellement par la tubulure de l'aiguille. Celle-ci sera choisie de petit calibre, de manière que le débit soit médiocre; à plus forte raison devra-t-on rejeter l'emploi du trocart;

Ne retirer que 1 ou 2 c.c. de liquide céphalo-rachidien, quantité amplement suffisante pour les examens cytoscopique, bactériologique et cryoscopique :

Suspendre l'opération à la moindre plainte du malade;

Dans tous les cas, laisser celui-ci étendu pendant trois ou quatre heures après la ponction.

En prenant ces précautions, on évitera la plupart du temps des accidents — sérieux du moins, car il y a presque toujours une légère céphalée consécutive — et on ne songera jamais à se priver d'une méthode d'exploration aussi précieuse. Quant aux accidents déjà déclarés, leur meilleur, pour ne pas dire leur seul traitement est le repos au lit, dans le décubitus horizontal le plus complet. Pour les cas graves, la position inclinée, tête plus basse que les pieds, serait, sans doute, un excellent moyen à joindre aux injections d'éther et de caféine. Ajoutons que l'antipyrine n'a jamais donné que des résultats médiocres contre la céphalée.

V

M. Hamburger a fait à la Société de médecine berlinoise (séance du 4 juin 1902) la communication suivante que nous tenons à reproduire dans son intégrité.

De l'interruption de la grossesse chez les femmes tuberculeuses.

M. C. Hamburger fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé combien les divers auteurs ont des opinions différentes sur ce point, il relate 10 observations recueillies depuis deux ans dans la population ouvrière du nord de Berlin et concernant des tuberculeuses devenues enceintes : de ces 10 femmes, 4 ont déjà succombé et une cinquième est dans un état des plus inquiétants ; quant aux 5 autres, elles peuvent espérer une survie assez longue, à condition qu'il ne se produise pas de nouvelle conception.

En présence de ces chiffres, et étant donnée l'impossibilité d'appliquer dans les classes pauvres les mesures indiquées pour les phtisiques enceintes (air pur, nourriture substantielle, etc.), l'orateur estime que le seul moyen de sauver les tuberculeuses se trouvant dans ces conditions est d'interrompre la grossesse. Il lui paraît en effet légitime de sacrifier l'enfant à la mère, d'autant que les enfants qu'engendrent ces femmes ont une existence fort précaire ; les 10 phtisiques observées par M. Hamburger ont eu en tout 51 enfants, dont 23 sont morts.

En ce qui concerne le choix de l'intervention, l'orateur déclare que *l'avortement lui semble préférable à l'accouchement prématuré*, d'abord parce qu'il interrompt plus tôt la grossesse, ensuite parce qu'il constitue une opération plus rapide.

Ce n'est pas sans un sentiment de profonde tristesse que nous rapportons de semblables opinions, repoussées à la fois par la loi divine et par la loi civile. On ne procéderait pas autrement s'il s'agissait de sauvegarder et de perfectionner la race bovine ou la race chevaline ; mais pour ces médecins qui n'ont aucune notion d'anthropologie générale il y a entre l'homme et l'animal non pas une différence de nature, mais une différence de degré ; ce qu'il convient à l'un doit convenir à l'autre qu'on fasse sa nourriture de chardons ou de bœuf rôti qu'on soit herbivore ou carnivore on n'en est pas moins un animal.

M. Hamburger n'a donc jamais observé des enfants de phtisiques parvenus à l'âge d'homme, ayant triomphé du germe héréditaire et parcouru une carrière utile et même quelquefois glorieuse. Les enfants de phtisiques ne meurent pas tous en bas âge ; ils sont habituellement très bien doués ; et quelques-uns se sont distingués dans les sciences et dans les arts.

De quel droit M. Hamburger se permet-il de tuer ces enfants : *ne occideris* n'est pas écrit seulement dans la loi des peuples, mais encore dans la conscience des hommes, dont l'intelligence n'a pas été obscurcie par un matérialiste stérile.

M. Hamburger professe qu'on doit faire avorter les femmes phthisiques et tuer leurs enfants, il n'y a donc plus de gendarmes en Prusse? Mais à leurs défauts, je livre ces élucubrations fanatiques à la juste réprobation des intelligences élevées et des consciences honnêtes. (*Semaine médicale*, 18 juin 1902).

Dr P. JOUSSÉ.

REVUE DES JOURNAUX

DE L'EMPLOI DU CHLORURE DE CALCIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE.

Un médecin anglais, Wright, étudia le premier avec détail, en 1901, l'action hémostatique du chlorure de calcium et l'employa sur des malades. Il en obtint des résultats inespérés dans de nombreux cas d'hémophilie, d'hémoptysie, d'hématémèse, d'hématurie. Le remède est hémostatique de deux manières ; 1° il augmente la plasticité du sang et en active la coagulation ; 2° il exerce une action constrictive sur les vaisseaux. M. Bertignon (*Th. Nancy*, 1901), recommande la formule suivante :

Chlorure de calcium cristal...	4 grammes
Sirop de menthe.....	30 —
Eau distillée.....	90 —

A prendre dans les 24 heures, par cuillerée à soupe toutes les 2 heures. Renouveler la potion les jours suivants. s'il est nécessaire.

Le chlorure de calcium procure les mêmes avantages que le sérum gélatiné et expose à moins d'inconvénients. M.le D^r Georges Gross (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1902) a essayé ce médicament dans les cas de métrite hémorrhagique. L'hémorrhagie a cédé très vite pour ne plus paraître depuis. Chez une malade il s'agissait d'hémorrhagies causées par un cancer inopérable de l'utérus, hémorrhagies persistant malgré un curetage et qui, si elles ne cessèrent pas complètement, furent tellement diminuées que la malade, auparavant anémiée et tenue au lit, put reprendre sa vie habituelle et les travaux des champs. Dans ce cas, le remède avait été administré à la fois par voie buccale, sous la forme de potion (4 gr. de chlorure de calcium) et par voie rectale moyennant un lavement contenant 10 gr. de chlorure de calcium et 200 gr. d'eau. Ce lavement qui devait être gardé était précédé d'un lavement chaud évacuateur.

Dans les cas de métrite hémorrhagique, l'amélioration est immédiate : 4, 5, 6 jours suffisent pour arrêter la perte. On continuera le traitement un à deux jours après la cessation des hémorrhagies et il sera renouvelé au moment des époques menstruelles ultérieures. (*Journal des praticiens*, 12 juillet).

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

OCTOBRE 1902

L'ÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE

« Il y a une grande différence entre la dernière édition de l'*Organon* et l'*Essai sur un nouveau principe*, où la loi des semblables n'est proposée que timidement et seulement contre les maladies chroniques. »

(D^r LÉON SIMON. — *Congrès Homéopathique de Paris*, séance du 18 juin 1900.)

I

L'évolution, en thérapeutique, n'entraîne pas toujours une révolution, comme il est arrivé pour la réforme de Hahnemann. Le plus souvent, le mouvement se poursuit lent et incessant, parfois sans ordre précis, jusqu'au jour où, fortuitement, d'ordinaire, il se manifeste par quelque découverte retentissante.

Autrefois l'empirisme seul faisait les frais d'expériences peu méthodiques, basées sur des assises plus ou moins solides. Les malades n'en étaient pas rarement victimes; et il n'est personne qui ne se rappelle la lamentable

odyssée du traitement de la fièvre typhoïde, par exemple, à travers les médications les plus diverses. Aujourd'hui, nos adversaires de l'Ecole officielle, qui ne devraient être que nos émules, procèdent de manière scientifique, plus positive; et, disons-le immédiatement, leurs tentatives ont été fréquemment heureuses : quand il n'en resterait que l'antisepsie chirurgicale, elles constitueraient, encore, pour l'humanité, un bienfait inappréciable, tout à l'honneur des savants consciencieux qui s'y sont appliqués.

Au point de vue de la matière médicale et de la thérapeutique particulière, l'Ecole allopathique multiplie, sans relâche, ses expérimentations sur les alcaloïdes. Il s'en est dégagé plus d'une vérité utile sur l'action physiologique de ces agents et sur leur posologie, naguère encore source de tant d'erreurs fâcheuses. Et passant de la théorie à la pratique, feu le professeur Dujardin-Beaumetz n'a pas craint de préconiser *triturerées* et *triturates*, qui évoquent si singulièrement les *triturations* homœopathiques.

Mon intention n'est donc pas de faire, ici, son procès à l'Ecole officielle. Je voudrais plutôt marquer les points de contact entre les deux doctrines, allopathique et homœopathique, et contribuer, pour ma faible part, à une fusion désirable pour la science, plus désirable encore pour les malades.

Pour la thérapeutique générale, la même Ecole officielle, toujours figée dans son dogme étiologique, a cru avoir trouvé la pierre philosophale avec la *théorie microbienne*. Mais dès 1892, le D^r P. Jousset réfutait victorieusement cette thèse par des arguments que l'*Art Médical* a exposés *in extenso*. La prétendue connaissance de la cause prochaine de la maladie n'est, hélas ! qu'une illusion de plus.

Le microbe n'est pas la cause prochaine de la maladie, puisque :

1° *Le microbe existe, et la maladie peut ne pas se développer ;*

2° *Le microbe n'existe pas, et la maladie peut se développer ;*

3° *Le même microbe peut produire plusieurs maladies, et une même maladie peut être produite par plusieurs microbes différents ;*

4° *Il existe des microbes pathogènes extrêmement nombreux restant à l'état latent dans nos organes et, en particulier, dans le tube gastro-intestinal.*

Elle serait, assurément, bizarre, cette cause prochaine de la maladie, qui pourrait être présente sans rien produire, absente sans empêcher la maladie de se déclarer, et demeure toujours impuissante à expliquer l'existence ou l'absence de la maladie et encore moins ses formes et ses terminaisons.

Les micro-organismes sont donc soumis, dans leur action, à ce qu'on a appelé le terrain, plus scientifiquement la *prédisposition définie*. Et si la prédisposition morbide gouverne le microbe, c'est la prédisposition morbide qui est la cause prochaine de la maladie et non le microbe. Or la prédisposition morbide est, comme la maladie, essentiellement inconnue dans sa nature ; elle échappe à l'action du médicament, et la thérapeutique étiologique, microbienne ou non, est et reste une thérapeutique hypothétique.

Très curieux est-il de remarquer, en passant, que cette idiosyncrasie du sujet pour la maladie, existe également pour le médicament. Michel Granier, dans l'*Homœolœxique*, avait eu le tort de lui attribuer une influence exclusive.

Chaque individu est plus ou moins sensible à tel médicament : en fait, une susceptibilité exagérée équivaut à une dose excessive, et, comme celle-ci, elle est capable d'invertir l'ordre des effets. A titre d'exemple, nous citerons la morphine : la contraction pupillaire, qui est l'effet constant de toutes les doses, peut être, exceptionnellement, remplacé par une dilatation primitive, avec de faibles doses ; la diarrhée, qui ne s'établit, d'ordinaire, que par l'usage prolongé de la substance (Trousseau), apparaît, d'autrefois, primitivement, avec des doses minimales, comme 1/7 de grain, au bout de deux heures (Harley). La prédisposition individuelle joue, d'ailleurs, ici, un si grand rôle, que la distinction des phénomènes pathogéniques, en *directs* et *indirects*, posée par J. P. Tessier, a été ratifiée par beaucoup d'auteurs. On se rappelle que ce grand médecin appelait *indirects* les effets rares, tout à fait personnels, dont la substance toxique ou médicamenteuse n'est que l'occasion. Certaines prédispositions sont saines ; d'autres sont morbides. Entre les deux existe une série de nuances et de gradations insensibles.

Fermons, ici, cette parenthèse, et revenons à notre sujet d'autant que plus loin nous aurons à reparler de la prédisposition définie.

On comprendra, d'ailleurs, que nous nous soyons quelque peu étendu sur la question de la thérapeutique étiologique, puisqu'elle est pour ainsi dire le champ de bataille des luttes contemporaines. S'ensuit-il que nous devions condamner les expériences microbiennes, ou les traiter comme quantités négligeables ? En aucune sorte. Il suffit, pour être convaincu du contraire, de prendre en considération les incontestables vertus curatives des antitoxines. Aussi bien la médication microbienne, ainsi appliquée, n'est-

elle qu'une forme de l'isopathie qui, elle-même, n'est qu'une variété de l'homœopathie. Sans doute, le traitement de la diphtérie par le sérum de M. Roux n'est pas un exemple péremptoire pour établir l'analogie de la sérumthérapie et de l'homœopathie. Il n'en est pas moins vrai que ce sérum est souvent un merveilleux agent curatif; que l'antitoxine provient toujours de la toxine, et, de plus, que si elle n'est pas capable de reproduire la maladie elle détermine cependant une aggravation conduisant à la mort, quand elle est employée dans un cas de diphtérie trop avancée.

Au surplus, on n'a pas seulement appliqué le sérum d'un animal immunisé au traitement curatif et préventif des maladies. Les résultats obtenus, entre autres, par les D^r Compton Burnett et Clarke, en Angleterre, Jousset et Cartier, en France, avec *Bacillinum*, *Aviaire* et *Tuberculinum* atténués, sont des faits incontestables. Et voilà, grâce à des recherches consciencieusement poursuivies de part et d'autre, un nouveau trait d'union entre les deux Écoles antagonistes, jonction qui se raffermira davantage encore lorsqu'on aura pu étudier les toxines au point de vue de leurs symptômes chez l'homme sain. En s'adonnant à ces travaux, les homœopathes ne renieront pas la loi des semblables qui est leur principe fondamental. Autrefois, du reste, les homœopathes connaissaient mieux que nous l'isothérapie et l'opothérapie, si l'on veut bien se reporter aux expériences de Constantin Hering et de Lutz. En persévérant dans cette voie frayée par leurs aînés, les homœopathes ne mentiront pas à leur origine, tout en introduisant dans leur thérapeutique des médicaments nouveaux dont ils auront éprouvé l'efficacité. Lorsqu'on aura constitué la pathogénésie des toxines et des anti-

toxines, leur application s'imposera ou non, dans la pratique, suivant les résultats acquis. C'est pourquoi surtout, et à ce point de vue spécial, principalement, nous devons collaborer avec les bactériologistes.

II

On nous accusera, certainement, — le reproche a déjà été formulé — de faire litière de nos principes et de nous efforcer, au détriment de l'œuvre de Hahnemann de tenter, *per fas et nefas*, un rapprochement avec l'École allopathique. Outre que le reproche est mal fondé, nous l'exposerons plus loin, le rapprochement est fatal : il découle, en quelque sorte, des travaux de l'une et de l'autre École, et sans qu'aucune des deux ait rien à sacrifier. En voici une nouvelle preuve :

M. le docteur Huchard, l'éminent clinicien dont nous ne citons l'exemple qu'en raison de sa haute autorité scientifique et de son infatigable recherche de la vérité, a dit dans une de ses récentes leçons à l'hôpital Necker, ainsi que nous l'apprend le *Journal des Praticiens* du 19 avril 1902 : «... En médecine, il faut toujours allier la clinique à la thérapeutique... C'est la physiologie qui nous servira de base : c'est sur elle que nous nous appuyerons pour édifier l'œuvre. *La thérapeutique sera physiologique, ou elle ne sera pas...* Par des considérations physiologiques, tantôt nous devons intervenir énergiquement, tantôt l'abstention réglera notre effort. Il est de nombreux cas où il est dangereux d'ordonner un remède. Mieux vaut ne rien prescrire que de faire du mal. *Primum non nocere*.

« ... Il en est de même pour la tuberculose. Des tra-

vaux récents ont laissé bien loin derrière eux tous les efforts tentés dans ces dernières années. On n'avait pu, jusqu'aujourd'hui, opposer autre chose à la phtisie qu'une lutte contre le bacille; et cette lutte avait été engagée d'une façon bizarre. Le bacille de Koch, on le poursuivait, on le traquait, avec un remède énergique? Non : une ligue, deux ligues, beaucoup de ligues, avec des présidents, des sous-présidents et des secrétaires sont entrées en campagne, décoratives et résolues. Tels des croisés modernes, dont les Pierre l'Ermite seraient des membres de l'Institut. Peu sensible aux honneurs, le bacille n'a pas daigné se laisser émouvoir. En dépit des titres de ses adversaires, il n'en a pas moins continué, comme si de rien n'était, son œuvre de destruction... C'est alors que M. Albert Robin avec son élève Binet ont prouvé que *dans la thérapeutique de la tuberculose, il ne convenait pas de s'adresser aux bacilles, mais qu'il fallait s'en prendre au terrain...* De même qu'il faut considérer les pré-tuberculeux, de même il convient de soigner les pré-scléreux... N'attendez pas que la lésion ait fait son œuvre. Cette thérapeutique fonctionnelle, telle que je viens de l'esquisser devant vous, est la thérapeutique de l'avenir. Elle n'attend pas que le mal soit fait : elle sait prévoir, reconnaître le terrain pré-tuberculeux ou pré-scléreux... La thérapeutique fonctionnelle est œuvre de clinicien; elle met en éveil ses facultés d'observation et de vigilance : *elle est œuvre de physiologiste, car elle nécessite une double connaissance, la physiologie du malade, celle du médicament...* Un désir unique nous dirige, c'est de ne pas faire de la médecine « une longue méditation sur la mort. » Grâce à la thérapeutique fonctionnelle elle doit être et sera une belle méditation sur la vie ! »

Nous ne prétendons pas, en ne donnant que des extraits

de cette remarquable leçon, torturer des textes tronqués, pour faire dire à l'éminent docteur Huchard ce qu'il ne pense pas. Notre bonne foi est, nous l'espérons, à l'abri de ce soupçon. Mais il est impossible de ne pas être frappé par trois points essentiels de cet enseignement si lumineux, en connexion si étroite avec la doctrine homœopathique, et qui ont pu être mis en relief par simple probité scientifique, sans que M. Huchard ait entendu rien abdiquer de ses opinions. Nous savons le caractère du savant maître trop haut placé, pour qu'il se sente humilié d'être en communion d'idées avec les homœopathes sur :

- 1° L'aggravation médicamenteuse ;
- 2° La prédisposition définie ;
- 3° La nécessité pour le médecin de connaître la physiologie du malade et celle du médicament.

Et, réciproquement, nous supposons volontiers que les homœopathes les plus intransigeants ne peuvent être que flattés de voir un des maîtres les plus justement estimés de l'Ecole officielle abonder dans leur sens. C'est là encore un des anneaux de la chaîne d'union que les ouvriers de la bonne cause ne doivent pas se lasser de forger. Et très certainement, si M. Huchard pouvait se décider à introduire dans sa thérapeutique l'application de la loi de similitude, notre Ecole compterait en lui la recrue la plus précieuse et la plus illustre.

Au demeurant, afin d'éclairer le début, nous allons, dès maintenant, d'après les conclusions d'un mémoire inédit de feu le D^r Henri Piedvache (1), — mémoire dont nous

(1) D^r Henri Piedvache. *Les effets contraires des médicaments considérés chez l'homme sain et chez le malade, ainsi que dans leurs rapports avec les doses.*

possédons l'original datant d'une vingtaine d'années — préciser la manière dont nous entendons l'action médicamenteuse :

I. — L'action des substances toxiques ou médicamenteuses sur le malade est essentiellement la même que leur action sur l'homme sain (Claude Bernard);

II. — Si le résultat thérapeutique paraît être, en effet, l'inverse de l'action physiologique prévue du médicament — ce qui est la démonstration expérimentale de la loi de similitude — c'est que ce résultat n'est pas une action médicamenteuse visible, qu'il n'appartient pas en propre au médicament, et consiste simplement dans le rétablissement des fonctions normales saines (D^r Frédault);

III. — Ceci étant, le fait le plus remarquable c'est que l'action physiologique ne se montre pas. Si elle devient visible, il y a aggravation passagère, et celle-ci est inutile ou nuisible;

IV. — L'atténuation des doses est un moyen d'éviter l'aggravation et d'atteindre, par conséquent, plus sûrement la guérison. Elle est loin, cependant, d'être toujours nécessaire, et l'absence d'aggravation, dans certains cas, avec des doses relativement fortes, est un corollaire aussi inattendu que frappant de la loi de similitude;

V. — La loi des semblables requiert donc, suivant les circonstances, toutes les doses;

VI. — La détermination de la dose, justiciable en dernier ressort de l'expérience, est soumise à plusieurs règles ou conditions n'ayant rien d'absolu et qui sont :

a) La nature du médicament et son action dominante;

- b) Les lois de Jousset et de Hale (1) ;
- c) La loi de Claude Bernard (2) ;
- d) L'idiosyncrasie de sujet ;
- e) L'accoutumance au médicament ;
- f) La nature de la maladie.

III

Telle qu'elle est constituée, actuellement, cette thérapeutique positive, homœopathique, n'est évidemment pas sortie, comme Minerve, tout armée de la cuisse de Jupiter — cela se conçoit de reste.

Hahnemann en a posé les bases, par la loi de similitude, *Similia similibus curantur*, aphorisme qui, traduit en langage courant, veut dire :

« Le plus prompt et le plus sûr moyen de guérir con-

(1) Loi de Jousset : « L'effet primitif du médicament est plutôt déterminé d'emblée par les petites doses ; l'effet secondaire par les doses fortes. »

Loi de Hale. Moins extensible que la précédente, elle dit : « La similitude avec les effets primitifs demande surtout des doses infinitésimales ; la concordance avec les effets secondaires réclame de préférence les doses fortes. »

(2) Loi de Claude Bernard : « Toute substance qui, à petite dose, excite les propriétés ou les fonctions d'un élément anatomique, les anéantit à haute dose ».

Comme c'est sur les fonctions du système nerveux que les poisons agissent tout d'abord, par impression ou dynamiquement, on est nécessairement frappé de la conformité de cette loi avec cette autre loi établie par Brown-Séquard : « L'excitation modérée d'un élément nerveux provoque une exaltation (dynamogénie) des fonctions qui en dépendent directement ou par réflexe ; une excitation forte peut abolir les mêmes fonctions (inhibition). »

siste dans l'emploi d'un médicament capable de faire naître, chez l'homme sain, un ensemble de phénomènes anormaux, semblables à l'ensemble de ceux qu'on a constatés chez le malade en traitement (1). »

Comme toutes les nouvelles doctrines, la théorie de Hahnemann eut ses fanatiques, ses détracteurs et ses indifférents. Elle eut aussi ses hérétiques ; elle eut également ses partisans immuables qui, croyant en l'infailibilité absolue du Maître, n'admettent même pas, à l'heure présente, qu'il puisse être apporté aucune modification à cet enseignement et à toutes les conséquences qu'il entraînait dans sa forme primitive. De là une con-

(1) Ce résultat, on le comprend, n'a pu être acquis d'emblée, ni proclamé avant une série d'expériences concluantes. En voici succinctement la genèse :

« Un jour, traduisant la *Matière médicale* de Cullen, et étant arrivé à l'endroit du quinquina, Hahnemann fut frappé des hypothèses multiples et contradictoires, par lesquelles on avait tenté d'expliquer l'action de ce médicament. Ce tableau, aussi fastidieux qu'incohérent d'explications qui n'expliquaient rien, devait éveiller son attention. Il résolut de chercher par lui-même et sur lui-même les propriétés d'un agent si précieux pour la guérison d'un grand nombre de maladies. A cet effet, il prit, pendant quelques jours, de fortes doses de quinquina, et bientôt il ressentit les symptômes d'un état fébrile intermittent, analogue à celui que le quinquina guérit.

« Les mêmes expériences, répétées à plusieurs reprises, sur lui et sur quelques personnes dévouées, ne lui permirent plus de douter que si le quinquina guérit certaines fièvres intermittentes, c'est qu'il peut développer, sur l'homme sain, des troubles artificiels semblables à ceux dont il triomphe.

« Mais était-ce là un fait isolé dont les conclusions ne s'étendaient pas au-delà du fait lui-même, ou bien en serait-il des autres médicaments comme du quinquina ? Arrivé à ce point,

fusion toute naturelle tenant à cette théorie erronée du fondateur de l'homœopathie, qu'il ne serait jamais possible de juger des différentes formes morbides autrement que par les symptômes subjectifs et les manifestations extérieures, ainsi que d'après les moments étiologiques.

Une autre difficulté avait surgi. Dès 1805, Hahnemann avait reconnu l'existence, chez l'homme sain, de deux actions contraires, opposées, des substances toxiques et médicamenteuses. Ainsi tombaient les contradictions de ses prédécesseurs, contradictions dont la plus célèbre est celle qui concerne l'*opium*, sédatif exclusif pour les anciens, excitant pur aux yeux de Brown. Cette fréquente opposition des effets d'une même substance n'est pas contestée. Ainsi un médicament produit, tour à tour, de la diarrhée et de la constipation (le Dr Abel Claude l'a établi pour *Iris versicolor*), de l'accélération et du ralentissement du cœur, une élévation et un abaissement de la température, du myosis et de la mydriase, des convulsions et de la paralysie, du délire et du coma, de l'insomnie et de la somnolence, etc.

aucun homme ne resterait dans l'incertitude. Aussi Hahnemann expérimenta-t-il successivement le mercure, la belladone, la digitale, la coque du Levant, et partout il obtint une seule et même réponse!

« Plus de doute! Une loi thérapeutique est trouvée, et par elle la science est assise sur une base certaine, l'art possède un guide assuré. Désormais le rapport naturel qui lie l'un à l'autre, et d'une manière indissoluble, le médicament à la maladie et la maladie au médicament, est découvert. La médecine venait donc de subir une entière révolution ». (LÉON SIMON : *Exposition de la doctrine homœopathique*. Vie et travaux de Samuel Hahnemann).

Comme on le voit, il ne s'agit, ici, que de désordres fonctionnels. Ceux-ci peuvent bien être en rapport avec une lésion organique, mais ce que nous apprécions, ce sont les symptômes tangibles ou visibles et constatables sur le vivant. Les phénomènes contraires ne sont pas bornés à des *augmentations* et à des *diminutions* de fonctions, et se rapportent souvent aussi à des *perversions fonctionnelles*, telles que les convulsions et les paralysies, le délire et le coma.

Il s'en faut que tous les phénomènes pathogénétiques soient susceptibles de deux actions opposées : il n'y a le contraire, ni de la douleur, ni d'une éruption cutanée. Par là sont condamnées les théories thérapeutiques qui, comme celle de Hahnemann, sont fondées sur l'opposition des effets (1).

Pour toutes ces raisons et pour tant d'autres, le chaos faillit renaître, et le schisme était prêt à éclater, quand, en 1837, les médecins homœopathes allemands adoptèrent

(1) Des deux actions qu'il reconnaît aux médicaments à l'état physiologique, Hahnemann a appelé *primitive* celle qui se montre la première ; *secondaire* celle qui apparaît à la suite, « lorsque les expérimentations sont faites avec les petites doses » (*Organon*, p. 227). Cette dernière remarque est nécessaire depuis les observations de Sharp (*Antipaxis*), rectifiées et précisées par le Dr P. Jousset : *L'élévation de la dose renverse souvent la succession des effets, le secondaire pouvant se montrer en premier lieu avec une dose excessive.* » Dans ces cas, l'action dite primitive n'est pas toujours supprimée ; on la voit souvent apparaître consécutivement. C'est alors le renversement complet de l'évolution des symptômes, de sorte que les mots de « primitif » et de « secondaire » n'ont plus qu'une valeur conventionnelle, puisqu'ils demandent à être expliqués (Dr Henri Piedvache, *loc. cit.*).

à l'unanimité des voix, moins une, les thèses du Dr Paul Wolf, que nous allons brièvement résumer, et qui encore actuellement servent de règle à la majorité des praticiens de notre Ecole :

« 1° Stricte reconnaissance du principe *similia similibus curantur* :

« 2° La pratique homœopathique ne se base pas sur la simple comparaison des symptômes, car

« 3° Par ensemble des symptômes, tout médecin homœopathe, scientifiquement digne de ce nom, comprend non seulement les manifestations morbides subjectives, mais encore l'ensemble des moments pathologiques ;

« 4° Le médecin homœopathe s'assure donc qu'entre les symptômes de la maladie et ceux du médicament à choisir, il existe non seulement une similitude extérieure apparente, mais encore la concordance essentielle, intime, exigée par le principe curatif, entre la maladie naturelle et la maladie médicamenteuse, relativement au siège, à la forme et au caractère ;

« 5° Le médecin homœopathe a donc, autant que l'école allopathique, besoin de toutes les sciences auxiliaires de la médecine ; il ne peut négliger aucune d'entre elles ;

« 6° La thérapeutique homœopathique, encore qu'elle possède de nombreux points de repère pour suivre, dans la pratique, une direction assurée, n'est cependant ni idéale ni parfaite ; elle est susceptible de perfectionnement et a besoin de médicaments sur lesquels elle puisse compter ;

« 7° Tout médicament est homœopathique, du moment qu'avec la maladie qu'il doit guérir il se trouve en corrélation de similitude selon le principe homœopathique fon-

damental. Que si Hahnemann, dans les dernières années de sa vie, a voulu considérer la trentième atténuation comme déterminant une augmentation absolue de force, et accordait à cette atténuation une confiance illimitée en ce qui concerne son pouvoir d'affecter l'organisme sain aussi bien que l'organisme malade, nous devons d'autant plus énergiquement nous élever contre cette opinion, qu'on a cherché à en déduire des règles pratiques considérées par nous comme entièrement condamnables ;

« 8° Les palliatifs, empruntés à l'ancienne Ecole, sont utilisables dans les cas où, momentanément, il faut écarter un danger immédiat imputable à la cause de la maladie ;

« 9° Nous combattons l'opinion de Hahnemann d'après laquelle les maladies ne peuvent être guéries qu'à l'aide de l'art et non en vertu de la force curative de la nature ;

« 10° Les écrits de Hahnemann ne peuvent plus ni théoriquement, ni pratiquement, être admis comme l'expression de l'homœopathie actuelle. Si grande que soit notre admiration pour le génie de Hahnemann et pour l'essentiel de la méthode curative qu'il a découverte, nous ne sommes cependant pas disposés à incliner notre conviction devant l'autorité du fondateur de l'homœopathie, non plus, d'ailleurs, que devant les sarcasmes et les doutes de ses adversaires. Nos efforts constants et sincères tendent plutôt à séparer l'homœopathie proprement dite d'avec ce qui a été mis en avant, subsidiairement, pour la justification de certaines théories et vues de l'esprit n'ayant avec l'homœopathie aucun rapport nécessaire. *Nous maintenons donc : la loi fondamentale, « Similia similibus curantur » qui est réelle et dont nous n'avons jamais douté ; les éléments vraiment scientifiques de l'homœopathie, c'est-à-dire*

le principe de l'emploi d'un seul médicament ainsi que le principe de l'augmentation de nos ressources thérapeutiques, au moyen d'expériences sur l'homme sain. Nous voulons donner à l'homœopathie une base rationnelle. »

IV

Depuis cette époque, des écrivains homœopathes connus, comme P. Jousset, J. P. Tessier, en France, Griesselich, Hector Müller, Hirschel, Franz Hausmann, Goullon, etc., en Allemagne, s'appuyant sur les progrès de la pathologie et de la physiologie, ont poursuivi et solidement assis cette impulsion progressive, et ont su la mettre à l'unisson des faits définitivement acquis par la médecine générale. Envisagée à ce point de vue éclairé et scientifique, l'homœopathie a plus particulièrement trouvé un chaud défenseur en la personne du D^r Th. von Bakody, professeur de clinique médicale à Budapesth. Il a résumé en quatre propositions fondamentales la quintessence de la doctrine homœopathique :

« I. — Epreuve expérimentale d'un seul médicament sur organismes d'animaux et d'hommes sains, au moyen de doses progressives, avec prise en considération de toutes les altérations même les plus intimes, fonctionnelles, pathologico-physiologiques, pathologico-histologiques, chimiques et toxicologiques ;

« II. — Sous tous les rapports, minutieuse comparaison génétique de ces altérations, d'après leur développement chronologique, avec les altérations d'une maladie naturelle survenue par une cause hypothétique ;

« III. — Emploi, dans un but thérapeutique, d'un seul médicament, d'après l'expérimentation faite, selon la loi

de similitude, sur l'organisme sain, dans le sens d'une action causale spécifique sur les tissus, suivant les diverses phases génétiques des maladies concordantes des tissus ;

« IV. — Application du médicament causal spécifique sous forme et dose répondant au but thérapeutique, application qui exclut toute action pathognomonique secondaire sur l'organisme sain ».

Voici comment le Dr Th. von Bakody interprète l'aphorisme *Similia similibus curantur* :

« D'après la méthode à la fois inductive et empirique de Hahnemann, il faut employer, selon les phases concordantes des processus morbides internes, à doses relativement minimales, les médicaments qui, sur l'organisme malade, affectent spécifiquement, c'est-à-dire directement et localement, les mêmes tissus que ceux sur lesquels les médicaments ingérés expérimentalement, à doses relativement plus grandes, produisent sur l'organisme sain des altérations pathologico-physiologiques et histologiques semblables ».

Pour l'application pratique des médicaments, Bakody ne dépasse ordinairement pas la 6^e atténuation décimale. Les médecins que Wapler désigne, très judicieusement sous le nom « d'adeptes de la critique des sciences naturelles », se servent des mêmes médicaments diagnostiques que les agents thérapeutiques mis, en général, par la science à la disposition de tous les médecins. Ils prennent en considération l'auscultation et la percussion, la microscopie et l'uroscopie ; ils ne méconnaissent pas l'intervention opératoire (chirurgie, tocologie, oculistique), non plus que l'hydrothérapie, le massage, l'hygiène étiologique et prophylactique, ni, selon les cas, les antidotes chimiques.

Signalons, comme plus récente encore, la modification

introduite dans la thérapeutique hahnemanienne par le D^r Henri Martiny, de Bruxelles, nous voulons parler de l'*alternance* des médicaments. Elle ne constitue pas une atteinte au principe, mais elle est en opposition avec l'emploi du médicament unique, qui avait prévalu jusqu'ici. Toutefois, lorsque le malade souffre, il demande, avant tout, à être soulagé, sans se préoccuper des théories de son médecin; et la pratique semble avoir confirmé les idées de Martiny. Pour lui, l'usage d'un médicament « unique » n'était bon que dans les cas rares où l'image du remède reflète exactement l'image de la maladie. A côté de ces cas rares, que de cas complexes qui échappent à la sagacité du praticien le plus habile, où il faudrait, parfois, tâtonner longtemps pour trouver le *Similimum* désirable! Nous ne discutons pas, nous constatons; actuellement un grand nombre de médecins homœopathes ont, le cas échéant, recours à l'alternance. Bien entendu, par « alternance » nous ne voulons pas dire « polypharmacie », c'est-à-dire mélange de plusieurs médicaments dans une même potion — ce qui serait le retour pur et simple à des errements chaotiques — mais l'administration successivement alternée, au cours d'une période de la maladie, de deux médicaments. L'expérience a justifié cette pratique qu'un médecin aussi éminent que Martiny n'aurait pas préconisée, si les résultats obtenus ne l'y avaient pas autorisé.

A peine à quelque distance de nous, se tiennent les éclectiques américains, qui empruntent leurs matériaux aux deux thérapeutiques, mais auxquels nous devons des pathogénésies si nombreuses et tant de médicaments utiles, que nous n'avons pas le droit de répudier cette Ecole intermédiaire. Ils paraissent plus destinés que quiconque à effectuer la jonction.

A côté de ces dissidences, ne convient-il pas de citer les emprunts incessants que l'allopathie fait à notre arsenal thérapeutique ? Nous ne pouvons passer sous silence les traitements conformes à la loi de similitude, de :

M. le professeur Lancereaux, (néphrite et *Cantharides*);

M. le professeur Dujardin-Beaumetz (diphthérie et *Cyanure de mercure*);

M. le professeur Charcot (vertige de Menière et *Sulfate de quinine*);

M. le professeur Lépine (dysenterie et *Sublimé corrosif*);

M. le professeur A. Gautier (affections cutanées et *Arsenic*);

M. le professeur Rigal (diabète et *Azotate d'urane*);

Académie de médecine (hémorroïdes et *Marron d'Inde*).

Est-il bien besoin de dire que nous ne pouvons que nous féliciter de ces *coïncidences* ?

Il n'y a pas jusqu'au professeur Lauder-Brunton, le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Bartholomew, à Londres, qui, sous prétexte de combattre l'homœopathie — sans doute, parce que, comme il l'avoue, il a failli être homœopathe au début de sa carrière — ne soit devenu notre auxiliaire inconscient.

En des termes qui ne sont guère compatibles avec son caractère élevé, Lauder-Brunton, dans son plus récent ouvrage (*Action des médicaments*), parle de l'homœopathie, comme d'une « Suggestion » tout en reconnaissant que quelques-unes de nos préparations « ne sont point des drogues avec lesquelles on badine ».

« Le principal reproche à faire à l'homœopathie, dit-il, est qu'elle donne comme loi universelle, une donnée fausement interprétée et qui est loin d'être applicable à tous les cas ». Et, à l'appui de sa thèse, il invoque les « actions opposées des médicaments ».

L'éminent professeur de l'hôpital de Saint-Bartholomew est donc, au point de vue historique, resté complètement étranger à l'évolution de la doctrine homœopathique, quoiqu'il n'ait publié son ouvrage qu'en 1901? Nous le renvoyons, pour son édification, aux travaux des professeurs (allopathes) de l'Université de Greiswald, dont nous parlerons tout à l'heure. Après qu'il en aura pris connaissance, il en viendra, probablement, à envisager l'homœopathie d'un cœur moins léger. Au surplus, puisque le Dr Lauder-Brunton cite les effets opposés des médicaments, il ne doit pas ignorer que cette découverte est précisément due à Hahnemann. Serait-il donc malgré ses efforts pour se débarrasser de la gangue primitive, resté homœopathe malgré lui, et ferait-il de l'homœopathie comme M. Jourdain faisait de la prose?

Enfin, nous venons de le dire, d'ailleurs, la matière médicale de Hahnemann, elle aussi, a, peu à peu, subi des transformations qui créent plus d'un point de contact entre elle et l'Ecole officielle. Pour plus de lumière, nous conseillons au lecteur de s'en rendre compte dans la série des ouvrages appropriés (1).

En définitive, quiconque veut pratiquer l'homœopathie ou la critiquer en connaissance de cause, doit, sans préjugé, entreprendre l'étude de cette méthode, d'autant plus qu'aussi longtemps que l'on ne connaîtra pas les lois de la vie et les conditions de leurs manifestations, aussi longtemps qu'il n'existera pas une biologie scientifique, l'empirisme aura toujours une part plus ou moins grande

(1) C. Heinigke. *Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre*; E. A. Farrington. *Clinical Materia medica*; Dewey. *Kaechismus der reinen Arzneiwirkungslehre*.

non seulement dans la thérapeutique palliative, mais encore dans la thérapeutique curative. Et c'est là ce qui explique comment dans notre littérature homœopathique comme dans l'autre littérature médicale, on rencontre beaucoup de choses subjectives, sinon superflues. C'est donc avec raison que Kobert a pu dire : « Nous sommes encore bien éloignés de comprendre la cause finale de l'action de beaucoup de poisons. Le problème de la genèse d'une cellule ganglionnaire est encore bien plus complexe que celui de la destruction de sa fonction par l'action de la morphine (1).

Paréille déclaration, en dépit des progrès de la pharmacologie, engage tout chacun à émettre un jugement plus réservé sur l'homœopathie, et à se souvenir des paroles du même Kobert, quand (*l. c. p. 34*), il dit : « Sous le nom d'empoisonnements médicaux, nous comprenons les intoxications imputables aux médecins. *Leur nombre est légion. Il ne peut diminuer que si le médecin débutant consacre plus de temps qu'on ne fait de nos jours, à l'étude de la pharmacologie et de la toxicologie, et que s'il fait litière de la manie de vouloir d'emblée expérimenter sur le malade des médicaments nouveaux, de composition incertaine, n'ayant pas au préalable été parfaitement éprouvés par un pharmacologue. Cette façon d'expérimenter sur le malade est la torture des animaux appliquée à l'homme. Elle devrait être interdite par la loi ».*

Si l'on songe que Kobert est professeur de toxicologie à l'Université (allopathique) de Berlin, ceci est une condamnation plus sévère de la thérapeutique moderne, que

(1) Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen*.

ne le fut le jugement porté, jadis, par Hahnemann sur la thérapeutique de ses contemporains !

V

C'est, ici, le moment d'exposer les travaux des deux professeurs de l'Université (allopathique) de Greifswald, MM. Hugo Schulz et Rudolf Arndt. Ils les ont consignés dans leurs ouvrages (1). Nous ne pouvons qu'en donner une analyse.

Le professeur Schulz recommande surtout, à l'instar des homœopathes, l'étude de l'histoire de la médecine. Cette étude fait rapidement comprendre que le schématisme galénique, quoique changé de forme et sous un déguisement moderne, est, de nos jours, encore très répandu et suffisant pour un certain nombre de cas spécifiés, tels qu'affections de cause externe (chirurgie, empoisonnements, parasites, etc.), ou lorsqu'il s'agit de thérapeutique palliative. Il a été précisément établi, dans ces derniers temps, combien et comment, les systèmes en thérapeutique, après avoir gagné du terrain, pendant une certaine époque et être parfois devenus prépondérants, n'ont pas tardé à disparaître. Entraîné, comme on l'était, par l'ardeur de vouloir avec la physiologie expliquer les effets pharmacologiques, on n'a pas songé que, dans ses expériences, la physiologie se servait presque exclusivement des animaux et non du corps, de *l'homme sain*. Et cepen-

(1) H. Schulz. *Grundriss der praktischen Arzneimittellehre* (Stuttgart, 1888). — H. Schulz. *Aufgabe und Ziel der modernen Therapie* (Leipzig, 1900). — H. Schulz. *Pharmakodynamik des Schwefels* (Greifswald, 1896). — R. Arndt. *Biologische Studien* (Greifswald, 1892).

dant ce que l'on établit expérimentalement avec des grenouilles, des chiens, des lapins, n'est qu'insuffisant et de médiocre utilité pour entraîner des conclusions relatives à l'homme, *surtout à l'homme malade*. Donc, dit Schulz, *on doit expérimenter les médicaments sur l'homme sain*.

Doivent, de même, être condamnées les tentatives de vouloir exclusivement interpréter l'action des médicaments d'après les principes de la chimie et de la physique : le corps humain n'est ni un alambic, ni une cornue, mais un agglomérat complexe de cellules et d'organes à fonctionnement également complexe.

D'autre part, les espérances fondées, au point de vue de la pharmacologie, sur les bactéries, ne se sont pas réalisées. Les bactéries ayant une force de résistance beaucoup plus grande que les cellules, il est tout à fait impossible, si l'on ne veut pas complètement anéantir les cellules, de lutter contre les bactéries au moyen des médicaments.

Les bactéries, je cite toujours Schulz, ne jouent pas, en général, dans le corps, le rôle que des enthousiastes fanatiques voudraient leur attribuer ; ils ne seraient que des agents secondaires nécessaires, à un certain degré, à l'accomplissement de beaucoup de fonctions vitales, autrement, le corps humain, qui donne asile à tant de bactéries décomposantes, pourrirait tout vivant : aussi bien le processus de décomposition ne survient que quand cesse l'échange des éléments, lorsque les cellules cessent de vivre, à la mort.

En face de ce schématisme moderne, paré de si brillants atours, se dresse, dans l'histoire de la médecine, une autre doctrine, pharmaco-thérapique, s'appuyant sur des bases qui s'écartent de la route stratégique du schéma

généralisateur, et entendant expliquer l'action de ses médicaments d'après l'expérience et la méthode. A l'exemple d'Hippocrate, qui déjà parlait de *similia similibus*, Paracelse s'est mis à l'œuvre. D'après lui, le médecin a pour but de ramener dans la voie normale le fonctionnement troublé, dévié de la règle, des organes, trouble dont résulte la maladie ; par conséquent, il doit venir en aide, suivant la force de ses moyens, à la tendance de l'organe malade cherchant à revenir à la santé. Cette évolution s'opérerait à la faveur de médicaments qui sont en quelque rapport avec l'organe affecté. A côté de Paracelse, Haller et Rademacher se sont activement employés à la solution du problème. Et, soit dit en passant, Haller le premier donne l'indication homœopathique nécessaire pour l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain : pouls, température, respiration, excrétiions doivent entrer en ligne de compte. Puis, à la faveur des résultats aussi obtenus, on passe à des essais sur le malade. Haller, se réclamant de Paracelse, insiste sur les corrélations réciproques entre l'organe et certains médicaments, mais se base, avant tout, sur l'expérience.

Mais entre tous, continue Schulz, — dont, nous y insistons, le point de départ est absolument indépendant de l'homœopathie — Hahnemann fut l'initiateur des expériences méthodiques des médicaments sur l'homme sain ; afin de mettre au clair l'action et l'efficacité des médicaments, il poursuivit ces expériences avec ses élèves, d'après indication organo-spécifique, suivant la loi de similitude. Evidemment ces médecins, Hahnemann en particulier, durent, pour expliquer leurs théories, procéder indépendamment des connaissances générales régnantes de l'époque : toute critique équitable leur tien-

dra, sans parti-pris, compte de cet état de choses. Non seulement les vues théoriques pures de Hahnemann, mais surtout ses principes immédiatement relatifs à la pratique médicale, avaient provoqué les plus violentes protestations de la part de ses confrères. Ce fut, notamment, la dose faible unique qui, d'après les opinions de l'époque, souleva cette indignation, encore que Hahnemann considérât ses médicaments à un point de vue tout à fait différent des habitudes courantes, en ce qui concerne leur efficacité et l'indication qui en résultait pour leur emploi.

Cependant Hahnemann, en raison des vues philosophiques qui alors dominaient en médecine, et à la suite de sa doctrine du dynamisme, en vint à des conclusions erronées : il est incontestable que la division à l'infini d'un médicament doit, finalement, entraîner son inefficacité, et, notamment dans la pratique, rendre impossible l'appréciation de ce qui a été obtenu ou pourrait être obtenu (1).

(1) La limite d'action, tant supérieure qu'inférieure, d'un médicament dépend, à la fois, de la substance employée, de l'organe et du sujet auquel le médicament s'adresse. Il ne saurait y avoir une limite exacte à cet égard ; en attendant que de nouvelles expériences l'établissent plus nettement, la clinique nous en donne un critérium très appréciable. Au surplus, lorsqu'un médicament, divisé à l'infini, produit encore un effet notable, son action s'exerce probablement sur une économie saturée, à l'instar du cheveu passé sur cristal de salol, puis trempé dans une solution salolée sursaturée, comme il est dit dans les expériences du professeur W. Ostwald, dont nous parlerons, sommairement, plus loin. Nous ne prétendons pas attribuer à notre théorie une valeur absolue ; du moins est-elle vraisemblable, et finalement la clinique placera le résultat obtenu, positif, au-dessus de toutes les discussions théoriques.

De ce que la loi des semblables soit solidement établie, par des milliers d'expériences, sur la base de la méthode expérimentale appliquée à l'homme, les homœopathes, observe encore Schulz, ne se sont pas soustraits à l'influence du développement ultérieur de la médecine; ils ont continué à travailler à la consolidation de leur édifice, en s'appuyant sur la loi de similitude et la méthode expérimentale.

Après cet aperçu historique, Schulz passe à l'examen scientifique de la loi thérapeutique des homœopathes, en prenant pour point de départ la loi fondamentale biologique de Rudolf Arndt. En effet, Arndt a démontré que la loi des vibrations de Pflüger, d'après laquelle « les faibles excitations électriques sur les nerfs, de même que les excitations fortes, provoquent des effets inverses », la loi de Pflüger, disons-nous, conserve sa valeur pour tous les phénomènes de la vie. Comme se rattachent à cette loi de Pflüger, Arndt a formulé la loi biologique suivante : « Les petites excitations attisent l'activité vitale; les excitations moyennes l'activent; les excitations fortes la jugulent; les excitations plus fortes encore la suppriment; mais toujours l'action de l'échelle excitatrice est différente suivant les individus ». Le professeur Arndt estime que les conclusions à tirer de cette loi pour une thérapeutique basée sur la matière médicale sont de nature à jeter un pont sur le fossé qui sépare les deux thérapeutiques allopathique et homœopathique (*Biologische Studien*). D'ailleurs, le même professeur Arndt n'a pas craint d'écrire : « Tout médicament qui, à un certain degré de concentration, tue et anéantit du protoplasma, annule, à faible dose, l'aptitude au développement; en quantité beaucoup plus minime, il produit, au contraire,

au-delà du point d'indifférence, un effet, et augmente la vitalité ».

Hugo Schulz, professeur de pharmacodynamie, a également démontré, par la pharmacothérapie, la justesse de la loi fondamentale de Rudolf Arndt. L'alcool, à petites doses, excite les fonctions cérébrales ; à fortes doses, il les paralyse. Le sublimé fortement concentré tue le protoplasma des cellules et les bactéries ; de petites quantités de sublimé, une dilution de $1/700000$ à $1/800000$, c'est-à-dire une solution de 1 gramme de sublimé dans 700 à 800 litres d'eau, provoque une violente fermentation dans une solution de sucre de raisin additionnée de levure de bière, fermentation qui, évaluée d'après la production d'acide carbonique, dépasse de beaucoup la normale. Mêmes résultats avec l'iode, le brome, l'arsenic, l'acide salicylique, l'acide formique.

Ces nombreuses expériences de Schulz ont été confirmées par d'autres expérimentateurs. C'est ainsi que B. Heinz a démontré que les prétendus astringents agissent, à faible dose, à la manière indiquée par leur nom générique ; à fortes doses, par contre, ils paralysent les parois vasculaires. Il en découle que la petite dose excite l'activité vitale, et que la forte dose la paralyse. Plus exactement, les éléments excitateurs sont capables, dans un cas donné, d'agir déjà en petites quantités, paraissant minimes, sur les organes à l'état normal, et il peut s'ensuivre une notable augmentation de l'activité physiologique des organes.

Mais la loi de Pflüger n'étant applicable qu'aux organes sains, Schulz, avec la loi de Ritter-Valli, l'a étendue aux organes malades, qui se trouvent en état d'irritabilité exagérée. Aussi bien, dans la pratique médicale, s'agit-il

de l'*homme malade*. D'après cette dernière loi, il suffit de courants très faibles, qui, chez l'homme sain, ne provoqueraient aucune réaction, pour déterminer des phénomènes d'excitation sur des nerfs malades. c'est-à-dire en voie de mourir. Par conséquent, un organe malade réagira mieux qu'un organe sain contre un médicament avec lequel il se trouve en corrélation, et qui, pour lui, représente un agent excitateur, phénomène que le D^r Léon Simon a traduit, pratiquement, par cet aphorisme : « La dose thérapeutique d'un médicament doit être inférieure à la dose pathogénétique » Comme exemple, Schulz cite les faits suivants :

Un fumeur, atteint de catarrhe aigu de la gorge, éprouve immédiatement une sensation pénible et désagréable lorsque, dans cet état, il s'expose aux vapeurs d'ammoniaque ou d'autres substances irritantes, telles que fumée de cigare ou de pipe, alors qu'à l'état de santé, il ne souffre pas dans de pareilles conditions. Les petites quantités d'éléments irritants contenus dans la fumée de tabac qui, en d'autres temps, ne présenteraient aucun inconvénient, frappent un tissu sorti de son équilibre physiologique. Manifestement, il se produit ici, lorsqu'à une irritation existante se surajoute une irritation de moindre énergie, ce qui arriverait si un organe non irrité était frappé par une excitation violente.

Dans le traitement du rachitisme par le phosphore, on n'observe jamais l'intoxication phosphorique, parce que les quantités prescrites sont trop petites pour les os sains, tandis que là où le périoste fonctionne pathologiquement, elles agissent et ramènent la croissance des os dans sa voie normale.

Le cyanure de mercure, donné à petites doses dans la diphtérie, ne provoque jamais la salivation.

Il s'ensuit que *des organes, des organismes malades, sont sensibles à des excitations médicamenteuses que l'on doit considérer comme étant absolument sans effet sur des organismes sains*. Ou peut dire, en d'autres termes : « Il est possible de doser un médicament de telle sorte que les organes malades seuls en soient affectés, à l'exclusion d'effets secondaires imprévus dans les autres parties du corps. » D'autre part, il en résulte qu'un organe malade est, en raison de son état de *locus minoris resistentiæ*, très sensible, non seulement aux excitations médicamenteuses, mais encore aux excitations d'autre sorte. Il deviendra beaucoup plus facilement qu'un organe sain, un foyer pour les souffrances et les infirmités les plus diverses ; il se transforme en terrain nourricier pour les maladies, et non pas seulement pour les maladies infectieuses, comme on l'admet généralement. A ce sujet, Schulz rappelle la fréquence de la furonculose chez les diabétiques et les chlorotiques ; la peau, troublée dans sa nutrition, devient le milieu approprié à l'éclosion des germes provocateurs de l'infection, et c'est dans l'influence à exercer sur le terrain nourricier qu'est le point d'appui du levier de la guérison.

Dans cet exposé, il a été admis par préterition que la corrélation entre médicament et organisme est égale à l'action d'un médicament excitant.

Les effets des médicaments toxiques établissent le fait de façon indubitable ; mais même les substances non toxiques, même les substances indifférentes qui entrent en ligne dans la structure du corps (sels de soude, soufre, chaux, fer, etc.), sont capables d'exercer une excitation, attendu qu'elles représentent, en quelque sorte, pour le corps, quelque chose d'étranger : vie et santé dépendent

des proportions exactes entre les divers éléments qui contribuent à la constitution des cellules et des organes, ainsi qu'à la coordination précise des mouvements réciproques de ces éléments. La grande diversité de leur structure anatomique et de leurs fonctions physiologiques préside à la multiplicité des phénomènes qui se manifestent à la suite des excitations portant sur les organes ; et cette multiplicité est augmentée à l'infini, d'après les prédispositions individuelles.

VI

Il y a trois méthodes, poursuit Schulz, par lesquelles on a essayé de résoudre le problème de la sensibilité des organes à l'action d'un médicament ; en d'autres termes, de déterminer les points du corps qui prêtent le flanc à l'attaque.

La première et la plus ancienne de ces méthodes est l'expérience, source de toutes les connaissances en général, plus exactement l'empirisme. A cette méthode, nous devons beaucoup de remèdes usités dans la médecine domestique.

La deuxième est l'expérimentation sur les animaux. Mais elle ne peut jamais nous indiquer qu'à gros traits des points de vue généraux et des bases fondamentales sur les effets médicamenteux ; elle n'opère que physiologico-toxicologiquement, tout en nous fournissant, cependant, des contributions pour les antidotes. Aussi bien la façon différente de se comporter des diverses espèces animales, vis-à-vis des alcaloïdes, est-elle bien connue, et faut-il, par exemple, citer la différence d'action de la morphine et de l'atropine sur l'animal et sur l'homme. Des expérien-

ces sur les animaux, avec le colchique, donnent des résultats négatifs, comparativement aux essais sur l'homme.

La troisième méthode est la seule juste pour trancher cette question : « Que produit le médicament sur l'homme, et quelles conclusions doit en tirer la thérapeutique ? »

Cette méthode est l'expérimentation sur l'homme sain. — L'homme sain peut nous indiquer les moindres troubles et les sensations douloureuses les plus délicates survenant dans son état. Un chien, un lapin, ne nous dira jamais s'il ressent de la céphalalgie ou s'il a mal aux dents. De l'homme, on ne peut conclure qu'à l'homme, de même que pour obtenir un précipité de chlorure d'argent dans une solution de pierre infernale, nous ne pouvons nous servir que d'acide chlorhydrique et non d'un autre acide. Conclure de l'animal à l'homme, nous mène à la confusion.

Naturellement les expérimentations sur l'homme sain exigent beaucoup de précautions, et doivent exclure, autant que possible, tout ce qui peut nous induire en erreur. C'est pourquoi chaque médicament doit être éprouvé aux moments les plus divers et sur un grand nombre de sujets isolés. En outre, pour plus d'exactitude, le sujet soumis à l'expérience ne doit pas connaître la substance qu'on lui a donnée à expérimenter. Ces expériences peuvent être entreprises avec de fortes doses agissant drastiquement, comme ont fait Schroff et ses disciples. Toutefois de tels essais ressemblent plutôt aux expériences sur les animaux ; ils sont dangereux, et n'offrent qu'un intérêt toxicologique.

La façon la plus probante d'expérimenter est celle de Hahnemann et de ses élèves, au moyen de petites doses. Ces expérimentateurs ont laissé aux médicaments le

temps de développer tranquillement leur action dans le corps, et d'atteindre, ainsi, un organe après l'autre. C'est de la sorte que nous apprenons à connaître les points d'attaque que le médicament expérimenté trouve dans le corps humain et dont l'ensemble représente le tableau véridique des actions médicamenteuses. Dans ce cas, les médicaments attaquent d'après le principe : *Gutta cavat lapidem, non vi, sed sæpè cadendo*. D'autre part, nous voyons par ces expériences que des médicaments considérés comme indifférents, oubliés et abandonnés dans la pratique quotidienne, parce qu'ils se sont montrés sans effets sur les animaux, exercent une action absolument étonnante. Néanmoins, il ne faut pas passer sous silence qu'il existe des sujets entièrement insensibles, réfractaires à certaines expérimentations médicamenteuses. Mais ceci ne prouve rien contre la méthode ? Ne voyons nous pas souvent pareils exemples dans la vie ordinaire ? Nous n'avons, pour cela, qu'à nous rappeler comment se comportent, vis-à-vis de certaines individualités exceptionnelles, certains produits de consommation, comme l'alcool et le tabac.

Depuis une vingtaine d'années, le professeur Schulz, avec un grand nombre d'étudiants, tous en parfaite santé, a entrepris des expériences relatives à quantités de médicaments officinaux.

Nous avons vu, précédemment, que, lors des expériences sur l'homme sain, les médicaments ont des points d'attaque fixes dans les organes ; qu'ils attaquent toujours les mêmes endroits ; qu'en outre chaque organe — ainsi que nous l'apprend la physiologie pathologique, et exception faite pour les néoplasmes, dont la nature est encore obscure — ne peut, à la suite d'une influence

nocive, s'altérer, et toujours d'une façon fixe, que dans sa structure anatomique et histologique et dans sa fonction physiologique. Par conséquent, il faut que les excitations médicamenteuses, arrivées à un certain degré d'intensité, fassent apparaître des altérations organiques proportionnées. C'est ainsi que nous comprendrons ce qui est conforme à notre loi, dans l'observation du chirurgien münichois Nussbaum, au sujet du soufre : « Si merveilleuse que soit son action sur l'eczéma, il y a cependant des constitutions chez lesquelles on peut provoquer l'eczéma avec le soufre. » C'est ainsi que devient clair pour nous, ce qu'avec raison Strumpell dit à propos de la thérapeutique du *tabes dorsalis* : « Malgré l'existence d'un *tabes ergotinique*, il n'y a qu'une contradiction apparente dans l'emploi de l'ergotine comme remède contre le *tabes*. Il est très possible que le même médicament qui, à forte dose détermine l'atrophie de certains systèmes fibreux, agisse, à petite dose, d'une façon favorable quelconque (excitatrice) sur ces systèmes. »

Au surplus, le mercure et la syphilis nous fournissent, à cet égard, une preuve importante. L'un et l'autre, à un stade déterminé, sont complètement semblables dans leurs manifestations ; si bien que souvent il est très difficile, sinon impossible, de décider si l'on se trouve en présence de la syphilis ou d'une intoxication mercurielle. De la sorte nous comprenons la lutte entre les mercurialistes et leurs adversaires. Les exemples, d'ailleurs, peuvent être multipliés ; il suffit de se rappeler la ressemblance frappante entre l'empoisonnement par l'arsenic et le choléra, entre la dysenterie et l'empoisonnement par le sublimé. Dans ces exemples se trouve déjà la réponse affirmative à la question : *Sommes-nous capables de guérir un*

organe dont la maladie a altéré les fonctions, en employant un médicament qui provoque sur l'organe sain des symptômes semblables à la maladie? (Loi de similitude). Tels, le soufre dans les maladies cutanées, l'ergotine dans certains cas de tabes, le mercure dans la syphilis, l'arsenic dans le choléra et les maladies du tube gastro-intestinal, le sublimé dans les manifestations dysentériques, le phosphore dans le rachitisme, le cyanure de mercure dans la diphtérie, etc.

Sans doute, le choix du médicament n'est pas, pour chaque cas, aussi facile; la pratique quotidienne nous apprend qu'une seule et même forme de maladie ne se laisse, en aucune façon, influencer toujours par un seul et même médicament. Il faut prendre en considération beaucoup de facteurs et savoir individualiser. Il va de soi que la division des médicaments en antipyrétiques, nervins, acides, etc., doit être abandonnée. Chaque médicament à sa sphère d'action propre, parfois très proche de la sphère d'action d'un autre médicament, mais ne le couvrant jamais.

Cette pharmacothérapie, c'est-à-dire cette thérapeutique organique, est celle qu'il faut pratiquer. Toutefois elle ne va pas sans les connaissances et le savoir faire du médecin : il est évidemment indispensable de poser un diagnostic aussi précis que possible; et d'autre part, il ne faut pas se faire illusion, aucun médicament ne peut guérir un organe détruit : carcinome, phtisie au dernier stade, dégénérescence cirrhotique du foie, etc., ne peuvent être pharmacothérapiquement influencés. De même pour les empoisonnements et les parasites intestinaux.

Ailleurs Schulz essaie une classification des médicaments d'après les organes. Nous renvoyons le lecteur aux

ouvrages de cet auteur cités plus haut, particulièrement à sa *Pharmacothérapie*. Toutes ses vues théoriques sont confirmées par des expériences tirées de la pratique : Rothe a conseillé le cyanure de mercure en dilution de 1/1000 dans la diphtérie sans croup, et en a obtenu les meilleurs résultats ; Bloëdau a traité, avec grand succès, le choléra par la vératrine à faibles doses. Les médecins homœopathes sont également arrivés aux résultats les plus favorables avec ces médicaments, et, proclame Schulz, *« il faut en toute justice historique, reconnaître que l'emploi de cyanure de mercure, de l'arsenic, de la vératrine, du phosphore, etc., est depuis longtemps connu par les représentants de l'Ecole homœopathique »*.

L'efficacité théoriquement et pratiquement établie des petites doses est encore confirmée par la balnéologie. La source ferrugineuse de Schwalbach contient 1/12500 de fer par litre ; l'eau d'Aix-la-Chapelle 1/17850 de soufre, l'eau de Levico 0 gr. 00095 d'acide arsénieux. Changement d'air et modification de régime ne suffisent donc pas, à eux seuls, pour augmenter, en quantité mesurable, l'élimination du mercure ; il faut les bains sulfureux. A remarquer est-il aussi qu'à la faveur d'une dilution si élevée d'un médicament, son aptitude à être résorbé se trouve essentiellement augmentée.

Cette thérapeutique organo-médicamenteuse est, dans la conviction du professeur Schulz, la seule voie basée sur des lois physiologiques et pathologiques admises et solidement établies, suivant lesquelles la pharmacologie, perseverant dans ses recherches, soit capable de prendre une position ferme et stable. D'après la pathologie cellulaire, telle que l'a établie Virchow, on peut également donner à la thérapeutique organique le nom de

thérapeutique cellulaire. Cependant la cellule appartient plutôt à la science théorique ; l'organe, l'organisme appartient à la pratique, car, au lit du malade, l'œil du médecin est plutôt frappé par les altérations des organes que par la généralité des modifications cellulaires.

Comment s'accomplissent les effets des médicaments dans leurs excitations sur les cellules ? Au fond, nous n'en savons rien de positif. Il nous faut donc réserver notre jugement, en ce qu'il est de savoir si les médicaments influencent dans un sens quelconque les phénomènes de la nutrition dans le protoplasma cellulaire. Compensent-ils le trouble du mouvement cellulaire ou bien agissent-ils suivant le principe : *Ubi stimulus, ibi affluxus*, c'est-à-dire en augmentant la pression de la circulation sanguine ? Aussi longtemps que la biologie des cellules restera dans les langes, il nous faudra rester dans l'indécision. L'avenir, espérons-le, soulèvera ce voile.

VII

Ainsi s'expriment deux professeurs allopathes sur le compte de l'homœopathie. Nous n'avons rien à ajouter à cette magistrale démonstration de la loi des semblables et de l'action des doses infinitésimales.

Ces dernières ont, tout au moins, au point de vue allopathique, le mérite de ne pas provoquer des empoisonnements. Mais comme nos adversaires nous reprochent touramment de n'employer que des médicaments inertes, nous tenons à ajouter quelques mots, en insistant encore sur ce détail, que la démonstration de l'action des doses infinitésimales a surtout été faite par des représentants de l'École allopathique.

PREUVES PHYSIQUES

1° *Rapport de M. A. Bué*, adressé le 30 Mai 1886, à M. Chevreul, déposé en Août 1886 à l'Académie des sciences, et établissant que l'action des doses infinitésimales est constatable au magnétoscope;

2° *Expériences du professeur W. Ostwald*, chef du deuxième laboratoire de chimie à l'Université (allopathique) de Leipzig. Ce travail est intitulé : *Studien über die Bildung und Umwandlung fester Körper*. (Etudes sur la formation et la transformation des corps solides). Il a paru, en 1899, in *Zeitschrift für physikalische Chemie* XXII, et a pour sous-titre : *Sursaturation et Surrefroidissement*. Les recherches du professeur W. Ostwald ont porté sur la cristallisation de solutions sursaturées, c'est-à-dire surrefroidies. En effleurant une telle solution avec un cheveu préalablement mis en contact avec une matière isomorphe à l'état solide, la cristallisation de la solution survient immédiatement. Poursuivies au moyen de triturations homœopathiques tirées de la pharmacie du Dr W. Schwabe, de Leipzig, ces expériences ont montré que les phénomènes de recristallisation se produisaient encore avec la neuvième atténuation décimale, c'est-à-dire avec un millionième de gramme.

Il faut rendre cette justice au professeur W. Ostwald, qu'il n'a pas hésité à autoriser la reproduction de son mémoire par un des journaux de médecine homœopathique les plus importants de l'Allemagne, *Allgemeine homöopathische Zeitung*.

PREUVES CHIMIQUES

1° *Expériences sur les plantes de Raulin*, de MM. Cou-

pin, Dehairin, Demoussy et Devaux. Nous en avons déjà parlé dans ce journal (*Art médical*, Mai 1902). Nous n'y reviendrons donc pas à cette place ;

2° *Expériences de Carl von Naegeli*. Il en résulte que des solutions métalliques (pierre infernale par exemple), à la sextillionième dilution sont encore capables de tuer des cellules végétales. Les mêmes résultats peuvent être obtenus avec des eaux contaminées par des métaux insolubles (1) ;

3° *Expériences de M. A. Gautier*, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris, sur les Cacodylates (Voir dans la *Revue homœopathique française* de Juin 1901, mon article sur « *Les Cacodylates et l'Homœopathie* ») ;

4° *Expériences de M. le D^r P. Jousset* avec l'*Aspergillus niger*. (Voir *Revue homœopathique française* de Février 1902.)

Quant à la manière dont agissent les remèdes, le D^r Bernard Arnulphy, de Nice, ancien professeur de clinique à l'hôpital Hanneman de Chicago, a présenté au Congrès homœopathique une motion tendant à la *Nécessité d'une révision de la matière médicale*.

Il a analysé, à ce propos, un ouvrage du D^r Benjamin Bailey, de Lincoln (Etats-Unis), et dit : « Nous blâmons avec raison, la vieille école, et nous lui reprochons ses

(1) Carl von Naegeli. — *Ueber oligodynamische Erscheinungen in lebenden Zellen*. (Neue Deukschriften der allgemeinen schweizerischen Gesellschaft für die gesammten Naturwissenschaften. Band XXXII). — *Les phénomènes oligodynamiques dans les cellules vivantes*. (Nouveaux mémoires de la Société helvétique des Sciences naturelles. T. XXXII. Zurich 1891.)

vieilles idées compliquées, et cependant nos méthodes à nous sont, sous certains rapports, tout aussi empiriques que les leurs. Nous nous contentons de savoir que *Calcarea*, *Phosphorus*, *Ferrum*, *Arsenicum*, etc., sont de bons remèdes de l'anémie, qu'*Apis* est un diurétique, que *Pulsatilla* régularise la fonction menstruelle ; que *Rhus toxicodendron* est souvent indiqué dans la lithémie, et ainsi de suite. Mais nous ne nous préoccupons pas desaisir la raison intime de ces effets, qui seule nous permettrait d'apprécier les nuances pathologiques et de les traiter intelligemment. »

L'auteur n'a pas, dit-il, la prétention de formuler une idée nouvelle. Il désire seulement faire appel aux instincts scientifiques de ses confrères. Il craint de voir l'Ecole homœopathique s'endormir dans une trompeuse sécurité, hypnotisée par la conscience de sa propre valeur, tandis que l'école officielle menace d'occuper l'attention du public par des jeux de scène savants, saisissants et en apparence rationnels.

Assurément, dans ces dernières années, l'Ecole officielle a accompli des travaux remarquables, auxquels nous devons rendre hommage. Mais l'Ecole officielle, partant d'un principe erroné, n'arrivera jamais à des conclusions ; et Schulz l'a indiqué plus haut : « Aussi longtemps que la biologie des cellules restera dans les langes, il nous faudra rester dans l'indécision. » Il a été néanmoins, à ce point de vue, fait des efforts considérables par l'Ecole homœopathique, elle aussi. Peut-être ne sont-ils pas assez connus ; mais on les trouvera consignés dans C. Henigke (*Handbuch der homœopathischen Arzneimittellehre*), ouvrage dont nous ne saurions assez recommander la lecture à ceux de nos confrères des deux Ecoles, qui connaissent la langue

allemande. Le désir exprimé par les D^r Bailey et Arnulphy y est, en partie du moins, réalisé (1).

VIII

Arrivé au terme de cet exposé, que je me suis efforcé de faire aussi complet et aussi succinct que possible, je demande pardon au lecteur des omissions qui m'auront inévitablement échappé. Sans doute, aussi, au cours de ce travail, j'aurai éveillé bien des susceptibilités, froissé bien des orthodoxies. J'espère, cependant, qu'on n'y aura vu de ma part, aucune intention aggressive, et que la pensée d'un des plus fidèles disciples de Hahnemann, inscrite en épigraphe à la tête de ce mémoire, me tiendra lieu d'excuse. Trop heureux serais-je, si j'avais pu, dans mes faibles moyens, apporter une contribution au but poursuivi de la réconciliation, et si, de la sorte, la thérapeutique devenait enfin, une science positive. Les malades seraient assurément les derniers à s'en plaindre ; car c'est leur sort surtout, qu'il faut envisager. *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*

D^r G. SIEFFERT.

(1) A signaler aussi les travaux de M. Ecalte sur « Les dosages des alcaloïdes, dans les alcoolatures pharmaceutiques en général, et particulièrement dans l'Aconit ». Paris, J. B. Baillière, 1902.

ÉTIOLOGIE

ROLE DU MICROBE PATHOGÈNE DANS LA PRODUCTION
DES MALADIES.

La plupart des hommes possèdent dans la bouche un microbe très connu : le pneumocoque. Chez eux ce microbe n'est point à l'état pathogène, puisqu'il ne détermine aucun symptôme ; et cependant il n'est point inerte car inoculé à la souris, il détermine chez cet animal une pneumococcie, rapidement mortelle. Nous dirons donc qu'on rencontre habituellement chez l'homme bien portant un pneumocoque à l'état latent.

De même chez beaucoup d'hommes et principalement sur ceux qui fréquentent les hôpitaux de phtisiques, on rencontre dans les fosses nasales le bacille de Koch ; ces hommes ne présentent aucun symptôme de tuberculose ; et cependant le bacille qu'ils hébergent n'est point inerte, car inoculé aux cobayes, il développe assurément la tuberculose chez ces animaux (1).

De même dans les pays où règne la fièvre typhoïde ou le choléra, beaucoup d'hommes boivent des eaux contenant abondamment le bacille d'Eberth ou le bacille Virgule et cependant le plus grand nombre échappe à la maladie.

La première conclusion à tirer de ces faits est celle-ci : le microbe pathogène ne suffit pas au développement de la maladie.

(1) Strauss. *De la tuberculose* (page 592).

Il nous reste donc maintenant à examiner quelles sont les conditions qui permettent aux microbes pathogènes d'entrer en acte : il faut savoir quand et pourquoi ce microbe devient apte à produire la maladie. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance pratique de ce problème puisque c'est de sa solution que dépend, en grande partie la prophylaxie des maladies microbiennes.

Nous développerons ce point d'étiologie en deux paragraphes : le premier comprendra les circonstances qui s'opposent à l'action des microbes ; et le second celles qui favorisent cette action.

I. CIRCONSTANCES CONTRAIRES A L'ACTION MICROBIENNE.

1° *Immunité naturelle et acquise.*

Depuis les travaux de laboratoire, l'expérience a démontré ce principe, déjà proclamé dans l'ancienne médecine, que chaque animal pâtissait suivant son espèce et dans chaque espèce chaque individu selon sa nature. Telle est la formule scientifique de l'immunité naturelle. Pour la démontrer et la faire comprendre, il suffit de rappeler que les bovidés sont absolument rebelles à la morve, à laquelle succombent, presque fatalement, les équidés et qui se transmet si facilement à l'homme ; que le tétanos ne peut se communiquer à la poule ; que la fièvre typhoïde n'est point transmissible aux animaux etc., etc.

Quant à l'immunité naturelle propre aux individus d'une même espèce, elle est démontrée tous les jours, même en pathologie humaine, par ce fait du grand nombre d'individus qui, pendant une épidémie échappe à la contagion.

Dans les laboratoires, sur un groupe de cobayes inoculés avec la même culture de tuberculose, avec une quantité proportionnelle à leur poids, ne voyons-nous pas les uns succomber au bout de trois semaines, les autres au bout de six mois ?

Nous croyons inutile d'insister sur un fait, aujourd'hui généralement admis, et nous pouvons conclure que l'immunité naturelle est le premier obstacle à l'action du microbe pathogène.

L'immunité acquise, qu'elle soit due à la vaccination ou à une première atteinte de la maladie, joue vis-à-vis de l'action microbienne le même rôle que l'immunité naturelle.

2° Opposition de l'organisme.

La deuxième circonstance qui lutte contre l'action du microbe pathogène est l'obstacle présenté par l'organisme à la pénétration du microbe.

Pour que le microbe pathogène puisse développer son action, il faut qu'il pénètre dans l'intérieur de l'organisme. Retenu à la surface de la peau ou des muqueuses, arrivé même dans les fosses nasales et l'arrière-gorge, il peut rester absolument inerte. Pour qu'il agisse, il faut qu'il pénètre par *effraction*, qu'il soit inoculé. Chez les animaux on inocule le microbe dans le tissu cellulaire, dans le péritoine, dans les veines. On peut encore faire pénétrer le microbe pulvérisé jusque dans le poumon, à l'aide de l'insufflation, ou encore en suspendant la poussière microbienne dans l'eau et en pulvérisant le liquide qui la contient. Enfin la voie stomacale peut, dans certaines circonstances, servir à introduire un microbe pathogène dans l'organisme.

Chez l'homme, où les procédés de laboratoire ne sont

pas mis en pratique, les seules voies d'introduction des microbes sont : les blessures accidentelles, la circoncision rituelle, la respiration, la voie stomacale, auxquelles ils faut ajouter l'hérédité du microbe lui-même, démontrée par les plus récentes recherches de bactériologie.

Le microbe ayant pénétré dans l'organisme trouve encore une défense multiple et souvent efficace. Dans le nez (il est atteint par le mucus nasal, dévoré par les microbes autochtones et saprophytes); dans l'estomac (il a à lutter contre le suc gastrique); dans l'intérieur des tissus enfin (il est souvent détruit par les phagocytes.)

II^e CIRCONSTANCES FAVORABLES A L'ACTION MICROBIENNE.

Nous avons vu en étiologie que la cause des maladies comprenait trois facteurs : le microbe, la disposition de l'organisme à être influencé par lui et enfin les circonstances étiologiques désignées sous le nom de *causes externes*.

Ces causes externes, qu'on a pris l'habitude de considérer comme une quantité négligeable depuis les récentes découvertes de la bactériologie, ont en clinique une importance considérable.

Ainsi, s'il est vrai de dire que les causes externes restent absolument impuissantes à produire une maladie dites infectieuse, en dehors du microbe et de la disposition favorable de l'organisme, il est aussi vrai de dire que, dans un grand nombre de cas, la disposition morbide sommeille et le microbe reste inerte si les causes occasionnelles n'entrent point en jeu.

Sous le nom de causes occasionnelles, on comprend le milieu dans lequel l'homme se meut ; le froid, le chaud, les climats ; ce que les anciens appelaient les *gesta*, ou exercices ; les *ingesta*, aliments et boissons ; il faut ajouter à

toutes ces circonstances qui ont une action sur la maladie, le chagrin, la colère, en un mot, les passions.

Quelques exemples feront mieux comprendre notre pensée et entraîneront plus sûrement la conviction du lecteur.

Nous avons vu que la plupart des hommes possèdent dans la bouche des pneumocoques absolument virulents, mais qui peuvent rester indéfiniment latents. Qu'un organisme, porteur de ces pneumocoques et disposé à la pneumonie, fasse un exercice violent, poussé jusqu'à un extrême fatigue; ou bien encore qu'il subisse un refroidissement prolongé et ces pneumocoques, jusque-là inertes, vont entrer en action et développer une pneumonie.

Voici maintenant un jeune homme, fils de phtisique si on veut, fréquentant par profession des hôpitaux de tuberculeux; ce jeune homme bien qu'on puisse trouver les bacilles de Koch dans ses fosses nasales pourra continuer de rester indemne de la tuberculose; mais qu'il s'expose à une des causes occasionnelles les plus efficaces de cette maladie: excès de travail ou autre, alcoolisme surtout; qu'il contracte une de ces maladies qui ont le privilège de favoriser le développement de la phtisie; coqueluche, rougeole, le diabète surtout; et voilà que les bacilles, restés inertes jusque là et qui, dans de meilleures conditions étiologiques, seraient restés latents indéfiniment, sous l'influence de ces causes externes, entrent en acte et la phtisie se déclare.

Vienne maintenant une épidémie de fièvre typhoïde, de choléra, le plus grand nombre des habitants de la localité où règne l'épidémie demeure fort heureusement indemne de la maladie, et cependant ils boivent les mêmes eaux, respirent le même air que ceux qui sont

malades; mais qu'un de ceux qui sont indemnes prenne une indigestion, s'enivre principalement, et il aura beaucoup de chances pour prendre la fièvre typhoïde ou le choléra.

De ces considérations sur le rôle des microbes pathogènes, sur la nécessité de la prédisposition morbide et sur l'importance des causes externes, se déduit la prophylaxie des maladies microbiennes,

La prédisposition à contracter une maladie définie échappe à nos moyens thérapeutiques; reste le microbe et les causes externes pour exercer notre action.

Contre le microbe, nous avons l'isolement qui comprend les quarantaines, la désinfection; et à l'aide de ces moyens, que nous n'avons pas à décrire ici dans leur technique, on est arrivé à restreindre considérablement les affections microbiennes comme la fièvre typhoïde, le choléra et la peste, qui, naguère encore, décimaient les populations. L'histoire de ces vingt dernières années a démontré qu'en pays civilisé, on arrivait à circonscrire et à éteindre sur place les foyers de peste, de choléra; et ces deux fléaux ne déploient toute leur fureur que sur le continent africain et au milieu des populations de l'Extrême-Orient où il est impossible d'appliquer les règles de l'isolement et de la désinfection.

Nous avons encore un moyen puissant de combattre les microbes pathogènes, c'est l'immunisation ou vaccination; cependant, il est juste de reconnaître qu'en dehors de la vaccination de la variole, nous sommes encore peu avancés dans l'étude des sérums immunisants, au moins pour ce qui regarde l'homme; néanmoins les faits déjà acquis dans cette direction nous permettent d'espérer la découverte de méthodes présentant une efficacité complète et durable.

La lutte contre le *sporozoaire* des fièvres intermittentes est plus difficile; cependant l'assainissement des terrains par la culture, le drainage et la suppression des marais, a fait disparaître la fièvre intermittente dans beaucoup de régions qui en étaient autrefois infestées. Nous ne parlerons pas de la destruction des *anophèles* et des toiles métalliques essayées dans une partie de l'Italie pour se préserver de la morsure de ces insectes; nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit plusieurs fois dans ce journal à propos de ce mode de transmission de fièvre intermittente et nous ne rappellerons pas les faits qui nous font considérer cette théorie comme peu sérieuse. Voilà donc ce qu'on peut faire contre le microbe; quant aux causes occasionnelles qui, nous l'avons vu, sont si souvent nécessaires au développement de la maladie, nous ne pouvons faire qu'une chose en terminant, c'est engager nos confrères à prescrire à leurs malades les règles aujourd'hui bien connues de l'hygiène, règles particulières pour chaque maladie.

D^r P. JOUSSET.

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE INFECTIEUSE ?

En bactériologie, on dit qu'il y a *infection* toutes les fois qu'un microbe pathogène pénètre dans l'organisme et y développe une maladie; mais on emploie le mot *intoxication* quand on veut désigner l'action des toxines microbiennes sur l'économie.

A proprement parler, une maladie infectieuse ne devrait pas être autre chose qu'une maladie microbienne, et c'est en somme la définition que donne le professeur Roger dans

son récent ouvrage : « Les maladies infectieuses sont constituées par les phénomènes que présente un organisme subissant l'action des toxines que produisent certains parasites, et réagissant contre elles. » (page 8). Ce qui, en termes plus courts, revient à dire que les maladies infectieuses sont celles qui sont produites par les toxines microbiennes.

Alors, les maladies infectieuses seraient mieux appelées les intoxications. Mais passons...

Si maintenant nous demandons à un médecin praticien ce qu'il entend par cette épithète d'*infectieuse* qu'il applique à chaque instant, il nous donnera de ce mot des explications absolument différentes de celle du professeur Roger : pour le praticien, une maladie est infectieuse toutes les fois qu'elle se généralise, et surtout toutes les fois qu'elle revêt un caractère de gravité exceptionnelle. Ce mot infectieux correspondrait dans son esprit à l'expression de *malignité* des anciens auteurs ; et la raison pour laquelle le praticien a accepté avec joie l'expression de maladie infectieuse, c'est qu'elle couvre sa responsabilité. Quand son malade va mal, il déclare solennellement qu'il est atteint d'une maladie infectieuse ; sa conscience est tranquille, sa réputation à l'abri ; le malade *peut* mourir, je dirai même qu'il *doit* mourir, puisqu'il a une infection générale.

Eh bien, tout cela c'est faux, c'est surtout malsain et deshonnête.

Cette explication des maladies infectieuses est une erreur scientifique, puisque le microbe et ses toxines peuvent se généraliser, sans pour cela que l'état du malade présente la moindre gravité.

Exemple : la fièvre typhoïde qui, dans ses formes béli-

gnes, s'accompagne presque toujours d'albuminurie, lésion qui démontre que le bacille d'Eberth et ses toxines ont envahi le rein.

Est-ce que la diphtérie, même bénigne, est-ce que l'angine blanche, sans bacille de Loeffler, ne peuvent pas déterminer une affection rénale, et même des paralysies, démontrant ainsi que la généralisation des toxines n'est pas synonyme d'un état grave et presque toujours mortel ?

J'ai ajouté que l'usage qu'on fait trop généralement du mot infectieux était malsain et peu honnête, parce qu'en déontologie médicale, nous n'admettons pas que le médecin ait une semblable préoccupation de sa responsabilité ; nous regrettons qu'il ne craigne pas, pour se couvrir, de terrifier une famille par un pronostic exagéré. Nous estimons que le médecin digne de ce nom ne doit point se dérober dans les cas graves, et sa responsabilité ne court aucun risque, quand il fait tout ce qu'il doit.

Les réflexions qui précèdent ne peuvent s'appliquer à la définition du professeur Roger, à laquelle nous ne ferons qu'une critique, c'est qu'il eût été plus simple de dire *maladie microbienne*, ce qui exprime une vérité incontestable, au lieu de *maladie infectieuse*, expression qui prête aux divagations que nous venons de signaler.

D^r P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

FERRUM PHOSPHORICUM

Ferrum. phosphoricum album. Phosphate ferrique. Phosphate ferroso-ferrique. Phosphate de fer blanc (Schüssler). C'est le véritable phosphate ferrique, $\text{Fe}^+(\text{PhO})^+$ par contraste avec le Phosphate de fer ordinaire, qui est un phosphate ferreux hydraté, FeHPhO . (1).

APPLICATIONS CLINIQUES. — *Chute du rectum. Paralysie de la vessie. Bronchites. Coliques. Toux. Croup. Cystite. Débilité. Délirium tremens. Diabète. Diarrhée. Dyspepsie. Dysenterie. Affections de l'oreille. Erysipèle. Fièvre. Congélation. Gastrite. Gonorrhée. Hématémèse. Hémoptysie. Hémorrhagies. Enflure des mains. Palpitations du cœur. Inflammation. Blessures. Fièvre intermittente. Maladies des reins. Maladie de Bright. Rougeole. Oreillons. Nœvus. Névralgies. Saignements de nez. Phthisie hémorrhagique. Pleurésie. Pneumonie. Maladie de Raynaud. Rhumatisme. Entorses. Orgeolets. Kyste des paupières. Incontinence d'urine. Veines variqueuses. Vomissements. Coqueluche.*

CARACTÉRISTIQUES. — La préparation de *Ferr. phosph.*, qui joue un si grand rôle dans la thérapeutique de Schüssler, a tellement éclipsé dans la pratique homœopathique

(1). CLARKE, *Dict. of met. med.* 1^{er} volume.

le « Phosphate de fer » ordinaire, que j'ai attribué à cette préparation la désignation simple « *Ferrum phosphoricum* » comme moins sujette à créer confusion. Le Phosphate ordinaire, qui a été expérimenté séparément, sera décrit à part sous le nom de *Ferrum phosphoricum hydricum*.

La principale source de nos connaissances pour *Ferr. phosph.* nous vient des travaux de Schüssler et de l'expérience clinique de ceux qui l'ont employé d'après ses indications. Mais il a été aussi expérimenté par le Dr John L. Moffat (*Cyclopædia of Drug pathogenesis*).

Dans la thérapeutique de Schüssler, *Ferr. phosph.* prend la place remplie par *Acon.*, *Bell.*, *Gels.*, *Ver. viride.*, *Arnica* et autres remèdes qui correspondent aux troubles circulatoires, à l'irritation et au relâchement des tissus. « L'irritabilité non douloureuse des fibres » est indiquée par Cooper comme son indication, par exemple dans l'incontinence d'urine diurne. Il retient aussi les principaux traits des autres préparations de Fer : anémie, hémorrhagies, et désordres des veines. Inflammation, induration et dilatation des vaisseaux sanguins ; grande lassitude mentale et physique ; peu de propension aux exercices du corps ; nervosité, prostration, paralysie rhumatismale. Rhumatisme, inflammation aiguë. L'épaule droite est affectée comme pour *Ferr. mur.* L'action sur le côté droit est aussi marquée pour *Ferr. phosph.* que pour les autres préparations de Fer. Nimier et Parenteau ont guéri plusieurs cas de névralgies sus-orbitaires avec aggravations matutinales par *Ferr. phosph.* 6^e déc. L'aggravation du matin paraît être une indication spéciale. Nash dit que les hémorrhagies sont d'un sang rouge vif, mais surviennent non chez les sujets pléthoriques d'*Acon.*, mais plutôt chez les sujets

pâles, anémiques, disposés aux congestions locales soudaines. Cooper a guéri avec *Ferr. phosph.* un cas de phthisie chez un malade « à la peau transparente, l'hémoglobine paraissant à travers ».

Voici un aperçu sur *Ferr. phosph.* de Schüssler, emprunté à la dernière édition de son ouvrage, traduit par L. H. Zafel : « Le fer et ses sels possèdent la propriété d'attirer l'oxygène. Le fer contenu dans les globules sanguins s'empare de l'oxygène inhalé, et par là le fournit à tous les tissus de l'organisme. Le soufre contenu dans les globules sanguins et les autres cellules sous forme de sulfate de potasse, aide à transporter l'oxygène à toutes les cellules contenant du fer et du sulfate de potasse : 1° Quand les molécules de fer contenues dans les cellules des muscles sont troublées dans leurs mouvements par une irritation étrangère, les cellules affectées deviennent flasques. Si cette affection est placée dans les fibres musculaires des vaisseaux sanguins, ceux-ci se dilatent et, par suite, le sang qu'ils contiennent augmente. On appelle cet état hyperhémie par irritation ; une hyperhémie de ce genre forme le premier stade de l'inflammation. Mais lorsque les cellules malades ont été remises dans leur état normal par l'effet thérapeutique du Fer (*Phosphate de fer*), elles sont alors capables de chasser les agents causes de cette hyperhémie, qui sont repris par les lymphatiques pour être éliminés de l'organisme ; 2° lorsque les cellules musculaires des villosités intestinales ont perdu leurs molécules de fer, ces villosités deviennent incapables de remplir leurs fonctions ; la diarrhée en est la conséquence ; 3° lorsque les cellules musculaires des parois intestinales ont perdu leurs molécules de fer, les mouvements péristaltiques de l'intestin sont retardés, amenant une inertie à l'égard de l'évacuation des selles.

D'où Schüssler déduit les indications thérapeutiques suivantes : « Quand les cellules musculaires, qui sont devenues flasques par la perte de leur fer, reçoivent la compensation de leurs pertes, la tension normale est rétablie ; les fibres annulaires des vaisseaux sanguins sont resserrées à leur propre mesure ; la capacité de ces vaisseaux redevient normale, l'hyperhémie disparaît et par conséquent la fièvre inflammatoire cesse. Le *Fer* guérira.

1° Le premier stage de toute inflammation.

2° Les douleurs

3° Les hémorrhagies { Causées par l'hyperhémie.

4° Les blessures récentes, les contusions, les entorses, etc., de la même manière qu'il détruit l'hyperhémie.

« Les douleurs qui correspondent au Fer sont augmentées par le mouvement, et soulagées par le froid, dans les cellules musculaires, le Fer se trouve sous forme de Phosphate, nous nous servons donc en thérapeutique de *Ferr. phosph.* » Schüssler se servait ordinairement de la 12^e trit. décim.

Comme cas d'hyperhémie d'un ordre inférieur, on peut signaler une observation de maladie de Raynaud des doigts et des orteils dans laquelle l'amputation paraissait inévitable, guérie par Halbert avec *Ferr. phosph.* 6^e trit. décim.

Ferr. phosph. convient au tempérament leuco-phlegmatique ; aux personnes jeunes avec veines variqueuses. Les douleurs vont de bas en haut. Grande maigreur. Prend froid facilement. Résultat d'une transpiration arrêtée dans un jour d'été chaud (péritonite). Le grand air augmente la toux ; sensibilité à l'air froid. Les boissons chaudes augmentent, le froid et les boissons froides diminuent le mal de dent. Répulsion pour la viande et le lait. Frisson pendant le repas.

Aggravation en mangeant ; par la viande, le hareng, le café, les gâteaux, le thé.

Amélioration par le repos ; aggravation par le mouvement.

Amélioration par le mouvement léger d'une douleur siégeant à la partie supérieure du bras et à l'épaule.

Aggravation la nuit de quatre à six heures.

Sensibilité au toucher et au bruit.

RELATIONS. — *Comparer* : Acon. (pouls plus bondissant que Ferr. phosph.) ; Gels. (pouls plus coulant) ; caust. et puls. (toux avec écoulement d'urine).

Compatible : Kali Mur. (croup, pneumonie, palpitations, typhus) ; Kali phosph. (coliques, gangrène menaçante) ; Calc. sulf. (coxalgie) ; Calc. ph. (chloroses, hémorrhoides) ; Calc. fluor. (hémorrhoides) ; Nat. sulf. (diabète) ; Antim. tart. (bronchite capillaire).

D'après Cooper, Ferr. phosph. *antidoterait* « dysurie violente de nuit et jour » causés par Stront. bro.

SYMPTÔMES : *Moral* : — Très bavard et gai ; excitation non habituelle. — Délirium tremens. — Dépression physique et mentale. — Incapable de concentrer ses idées. — Mémoire en défaut : pour les noms, les faits, etc. Irrité par son indolence mentale. — Assoupissement, avec afflux de pensées, passant soudainement du plaisant au désagréable. — (Les truies mangent leurs petits ; folie passagère, dépendant d'une hyperhémie du cerveau).

Tête. — Etourdissement ; sensation comme si la tête était soudainement poussée en avant. — Tout semble tourner autour de lui ; ses muscles paraissent si faibles qu'il peut à peine se mouvoir. — Céphalalgie gravative générale plus forte à cinq heures après midi. — Douleur

martellante au front et aux tempes, il craint l'apoplexie ; plus forte à droite, d'abord à gauche. — Névralgie sus-orbitaire droite, avec aggravation le matin. — Céphalalgie frontale, suivie d'un saignement de nez, qui soulage. — Douleur à peine supportable, gravative, pesante au vertex, pendant les époques, qui sont abondantes. — Sommet de la tête sensible à l'air froid, au bruit ; en se baissant élançement à travers la tête, de la nuque au front ; parfois sensation comme si la tête était poussée en avant, avec danger de tomber. Pincement de la région temporale gauche allant de dedans en dehors. — Mal de tête avec cécité, accompagné de renversement de l'utérus et de douleurs d'ovaires. — Céphalalgie avec rougeur et chaleur de la face, vomissements d'aliments ; avec nervosité le soir ; avec sensibilité générale du cuir chevelu ; il ne peut supporter qu'on lui touche les cheveux. — Montée de sang à la tête, avec vertiges. — Violent battement à l'occiput.

Yeux. — En se baissant, il ne peut voir ; il semble que tout le sang se précipite dans les yeux. — Céphalalgie avec cécité. — Hémianopsie (droite). — Conjonctivite et photophobie. — Lourdeur des paupières surtout à droite. — Conjonctivite traumatique. — Sécheresse et sensation rugueuse de la face interne des paupières, congestion des yeux (soulagé par *alumina*). — Orguelets de la paupière inférieure (gauche) puis de la supérieure. — Kystes du cartilage tarse.

Oreilles. — Dureté de l'ouïe, bruits de cloches et bourdonnements, — Gonflement rouge et douloureux des parotides,

Nez. — Saignement de nez d'un sang brillant chez les enfants. — Saignement de nez soulageant la céphalalgie, —

Erysipèle avec ulcération juste à l'intérieur de l'extrémité.

Face. — Face terreuse, pâle, blême. — Chaleur avec rougeur. — Joues chaudes, avec douleur de dent. — Névralgie de la face (droite). — Acné au menton et au front.

Bouche. — Mal de dent survenant toujours après les repas; augmentant par les boissons chaudes; diminuant par le froid. — Malaises pendant la dentition avec fièvre.

Gorge. — Au réveil, la gorge semble enflée et comme raide; gonflement douloureux; augmentant en avalant à vide. — Sensation d'une petite masse (à droite) en avalant. — Inflammation du palais, des amygdales et du pharynx, avec sécheresse, rougeur et douleur. — Membrane sur l'amygdale droite, s'étendant à la gauche.

Estomac. — Mauvais appétit avec crises de mal de cœur. — Grande soif pour beaucoup d'eau. — Vomissements à moments irréguliers, quelquefois en se réveillant. — Vomissements verts. — Hématémèses. — Vomissements avec douleurs. — Poids et plénitude dans l'estomac; avec plénitude dans le front. — Douleur dans l'estomac, augmentant après les repas et par la pression.

Abdomen. — Distension dans l'hypochondre et la région de l'estomac. — Sensation d'une substance dure dans l'abdomen; d'une dureté par places. — Intolérance dès que ses vêtements touchent l'abdomen et la poitrine; s'il s'en dépouille la nuit. — Coliques après les selles. — Hernie; inflammée et étranglée.

Selles et anus. — Diarrhée chronique, jaune, aqueuse (avec pneumonie). — Lienterie par relâchement des muscles de l'intestin. — Selles vert foncé, sans douleur. — Gaz brûlants. — Dysenterie avec fièvre violente; pas de

ténésme. — Diarrhée d'été, selles vertes, aqueuses ou hachées, mêlées de mucus, petites, difficiles; efforts de vomissements; l'enfant roule sa tête et se plaint, les yeux à moitié ouverts. — Selles de sang pur; mucus sanguinolent ou glaireux; plus fortes de minuit au matin. — Selles vertes et difficiles, expulsées avec beaucoup d'efforts. — Constipation habituelle, hémorroïdes, disposition à la chute du rectum.

Organes urinaires. — Besoins fréquents d'uriner, impérieux, avec douleur au col de la vessie et à l'extrémité du pénis; il faut uriner immédiatement, ce qui diminue la douleur, plus forts pendant le jour; plus forts en étant debout. — Incontinence nocturne par faiblesse du sphincter. — Incontinence diurne par irritabilité du trigone, diminuant en s'étendant. — L'urine s'échappe à chaque toux. — Plaintes avant d'uriner. — L'urine sent comme du café au lait. — Hémorrhagie de la vessie ou de l'urèthre.

Organes génitaux mâles. — Pollutions. — Disparition complète de l'instinct sexuel. — Douleur dans le testicule droit. — Gonorrhée, à la période inflammatoire.

Organes génitaux féminins. — Renversement de l'utérus avec douleurs dans les deux régions ovariennes. — Vaginisme. — Douleur dans le vagin pendant le coït; ne peut supporter l'examen. — Sécheresse du vagin. — Dysménorrhée avec pouls accéléré et figure rouge. — Époques pâles pendant leur premier moitié. — Époques toutes les trois semaines, abondantes, avec pression dans l'abdomen et au bas du dos. — Pendant les époques profuses, douleur au sommet de la tête. — Pendant la grossesse, toux avec écoulement d'urine; céphalalgie pendant le troisième mois.

Organes respiratoires. — Laryngite, avec enrouement

pour avoir fait des efforts de voix. — Enrouement, expulsion de mucus verdâtre en petites masses. — Beaucoup de mucus dans la gorge et gazouillement dans la poitrine. — Point pleurétique avec inspiration profonde ou toux. — Toux aiguë, courte, spasmodique et très douloureuse. — Soudainement toux grasse, non douloureuse à l'intérieur, mais douloureuse au grand air. — Toux fatigante en tendant le larynx ou en le touchant. — Toux, amenant l'incontinence d'urine; plus forte au grand air, plus forte en touchant le larynx, plus forte la nuit. — Coqueluche avec efforts et vomissements. — Hémoptysie, après choc ou chute.

Cœur. — Douleur gravative au cœur; s'étendant quelquefois au dos à gauche de l'épine. — Palpitations avec pouls plein (moins bondissant qu'*Aconit*, moins coulant que *Gels*).

Cou et dos. — Crampes dans le cou et le dos.

Membres. — Rhumatisme attaquant les jointures l'une après l'autre; jointures enflées mais peu rouges; fièvre élevée; augmentant par le moindre mouvement. — Rhumatisme du poignet et du genou.

Membres supérieurs. — Douleurs violentes tiraillantes dans l'épaule droite et le haut du bras, augmentant par les mouvements du bras; diminuant par un mouvement doux de sorte que le malade peut s'en servir lentement pour tout; engourdissement dans la main droite. — Rhumatisme aigu du deltoïde droit; incapacité de porter un manteau. — Douleur rhumatismale de la jointure de l'épaule droite; rouge, enflée, très sensible. — Gonflement du coude par entorse. — Rhumatisme dans le poignet. — Douleur dans les poignets avec perte du pouvoir de se servir de la main. — Peau des mains chaude chez

les enfants. — Nodule sur la face postérieure du petit doigt gauche. — Doigts contractés par rhumatisme aigu.

Membres inférieurs. — Douleur dans la hanche. — Douleur dans les genoux s'étendant aux autres jointures, finalement aux épaules et à la partie supérieure du thorax (après *fer. phosph.* la douleur va de haut en bas, de jointures en jointures jusqu'aux genoux et alors disparaît). — Pendant la marche, douleur contractive à la face antérieure des jambes, au tiers inférieur, comme s'il avait fait une marche très rude et très rapide (ce qui n'était pas), plus forte à gauche. — Chevilles à la partie externe rouge pâle ; pied très enflé et sensible ; les orteils semblent brûlants. — Terrible douleur sur tout le dessus du pied et la cheville, amenant des cris ; douleurs lancinantes autour de la cheville et en haut, à l'intérieur des jambes. Engourdissement douloureux du dos des pieds.

Peau. — Congestion capillaire, avec peau brûlante, augmentant par exercice violent ou dans une chambre chaude. — Rougeole. — Erysipèle. — Acné.

Sommeil. — Assoupissements avec afflux de pensées. — Yeux demi-ouverts dans le sommeil. — Pas de repos la nuit. — Sommeil non reposant avec cauchemars ; grande dépression le matin. — Insomnie par l'intensité des douleurs. — Rêves de querelles se transformant soudainement en conversation heureuse avec une autre personne.

Traduit par le Dr MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

L'ARRHÉNAL DANS LA PHTISIE PULMONAIRE

Observation première. — Mlle A..., âgée de 20 ans, ayant présentée des signes d'aliénation mentale (délire de persécution) a commencé les symptômes d'une phtisie fébrile il y a environ six mois, les médications employées jusqu'alors, y compris les injections de cacodylate, n'ont eues aucune influence sur la marche de la maladie : mouvements fébriles rémittents de 37 à 38,5 et quelquefois 39, de temps à autre, comme on observe toujours dans cette maladie, apyréxie de trois à quatre jours de durée ; amaigrissement et perte progressive des forces.

Le 26 mars commencement de l'arrhénal à dose faible d'abord de 0 gr. 02 puis 0 gr. 05, puis 0,10 et enfin 0,15 ; ce médicament n'a eu aucune action sur le mouvement fébrile, la température a atteint le chiffre de 38,5 à 39,5 pendant que la malade prenait 0 gr. 15.

Le traitement par l'arrhénal a été abandonné le 25 mai après deux mois de son usage ; nous croyons que le médicament à la dose de 0 gr. 15 a augmenté le mouvement fébrile et la perte des forces.

2^e Observation. N° 5. — Homme de 40 ans porte une lésion tuberculeuse avancée du sommet droit ; examen des crachats, positif à plusieurs reprises — amaigrissement continu, — jamais de mouvement fébrile — a pris arrhénal le 26 mars 0,02 dans 200 gr. d'eau, 3 cuillerées par jour continué jusqu'au 31 mars.

Le 6 avril, la dose du médicament a été portée à 0 gr. 05 à 0 gr. 10 le 16 avril; a été continué ainsi jusqu'à la fin du mois.

Après une interruption de quatre jours, l'arrhénal a été redonné à la dose de 0 gr. 10.

Le 10 mai, on a cessé complètement ce médicament parce que le malade toussait de plus en plus et qu'il avait continué de maigrir.

3° Observation N° 1, anciennement n° 6. — Phtisie forme commune, lésion avancée, examen positif des crachats, mouvement fébrile rémittent. Amaigrissement et perte des forces. A commencé arrhénal le 26 mars, à la dose de 0 gr. 01 qui fut porté le 29 mars à la dose de 0 gr. 02.

Le 6 avril, la dose d'arrhénal fut portée à 0 gr. 10 et continuée ainsi pendant tout le mois d'avril.

Le mouvement fébrile n'a pas été modifié par ce médicament et le malade toussant de plus en plus on lui a prescrit Drosera pendant quelques jours. Nous sommes revenus à arrhénal 0 gr. 10 à la date du 16 mai. Obligé de le cesser à cause de la violence de la toux, le 29 mai, nous avons alors prescrit *conium maculatum* à la 3° dilution, puis la *silice*, abandonnant définitivement l'arrhénal, ce médicament n'ayant arrêté ni l'amaigrissement ni la perte des forces et semblant augmenter les quintes de toux.

Sous l'influence de Bryone, de *conium maculatum* teinture-mère et surtout d'aviaire à la 30° dilution, le mouvement fébrile a diminué et depuis le 15 juin le mouvement fébrile a complètement cessé.

4° Observation N° 2. — Phtisie fébrile avec vastes lésions à droite et à gauche. — Amaigrissement avec perte des forces; a commencé l'arrhénal le 27 mars, à la dose de

0 gr. 01 puis de 0,02. Le 8 avril, on a élevé la dose à 0,03 et le 23 avril à 0,10. Le médicament (suivant notre usage), a été prescrit pendant quatre jours suivi d'un repos de quatre jours.

Arrhenal n'a pas été continué davantage parce que, sous son influence, la fièvre augmentait ainsi que la toux.

Malades de la consultation externe.

5° *Observation.* — M. B..., âgé de 33 ans, sans fièvre. Examen des crachats positif. Arrhénal a été prescrit le 15 mai à la dose de 0 gr. 10 pour la semaine. Il a éprouvé beaucoup de mieux. Le même médicament ayant été prescrit à la même dose, l'état s'est aggravé et nous avons été obligé de suspendre le médicament.

6° *Observation.* — Mlle P..., 23 ans. Lésion avancée du sommet droit. Amaigrissement. — Aphonie complète. — Examen positif des crachats. — Commence arrhénal à la dose de 0 gr. 10 pour la semaine le 8 mai. Alors elle accuse un mieux général. Après un intervalle de huit jours, nous prescrivons encore arrhénal à la même dose. Cette dose est suivie encore d'une amélioration, mais la troisième dose amène une aggravation notable qui nous force de suspendre le médicament — Iodure d'arsenic, puis aviaire amènent un peu d'amélioration.

7° *observation.* — R... Homme de 40 ans. Hémoptysie. Lésions avancées. Examen positif des crachats. 17 avril 0 gr. 05 d'arrhénal. Pendant l'usage de ce médicament il a été repris de crachement de sang pour lequel nous avons prescrit Millefolium.

Le 1^{er} mai, nous sommes revenus à Arrhénal et à la viande crue.

Le 8 mai, il accusait une amélioration. Même prescription, le malade n'est pas revenu.

8^e observation. — S..., homme 28 ans, signes positifs. A commencé Arrhénal le 27 mars à la dose de 0 gr. 05. Huit jours après, il accuse une aggravation qui, sans d'autre médicament, fut remplacée par une amélioration notable. Le malade tousse moins et est plus fort.

L'Arrhénal fut prescrit aux mêmes doses le 24 avril et le 8 mai. L'amélioration se confirme.

9^e observation. — Mme H..., 25 ans. Signes positifs. Commence Arrhénal le 10 avril à la dose de 0 gr. 05 ; elle se plaint d'une violente diarrhée.

Le 17 avril, même dose d'Arrhénal. Amélioration de la toux et de l'état des forces.

Le 24 avril, continuation d'Arrhénal mêmes doses. Cette fois aggravation qui se continue pendant 15 jours et qui ne cède qu'à l'iodure d'arsenic et arseniate de quinine, 1^{re} trituration.

10^e observation. — D..., âgé de 42 ans. Signes positifs d'une phtisie pulmonaire sans fièvre. Amaigrissement et aphonie, a pris à trois fois différentes Arrhénal à la dose de 0 gr. 10 dans 200 grammes d'eau. Il a pris ce médicament en trois fois avec des intervalles de repos. Nous avons été obligé de cesser ce médicament parce qu'il aggravait la toux sans produire aucune amélioration.

En résumé, nous avons administré l'Arrhénal à dix malades atteints de phtisie confirmée, les uns sans fièvre, les autres avec fièvre hectique. Le médicament a été administré à une dose qui a varié de 0,01 à 0 gr. 10 dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées par jour, suivi d'une période de repos de trois ou quatre jours.

A l'exception du n° 7, qui n'est pas revenu après une amélioration due à l'arrhénal et le n° 8 qui, lui a été plus franchement amélioré, tous les autres malades, quelquefois après une amélioration momentanée, d'autres fois sans amélioration, ont éprouvé une augmentation de la toux, une diminution des forces, une fois une hémoptysie, presque toujours une augmentation du mouvement fébrile, accidents qui nous ont forcé à suspendre le médicament.

L'iodure d'arsenic et l'arséniate de quinine à la première trituration décimale n'ont jamais produit d'accidents. Souvent, ces médicaments nous ont donné de bonnes et franches améliorations. Aussi, nous n'hésitons pas à les préférer à l'arrhénal.

Une dernière remarque, l'arrhénal ou acide *méthylarinique* fait partie de ces médicaments que le professeur Lépine (de Lyon) appelle *médicaments inermes*. Ce sont des médicaments toxiques dont l'action nocive est atténuée par leur combinaison avec certaines substances soit une *sulfo-conjugaison*, soit une transformation en éther, soit en remplaçant dans la molécule-acide arsénieux, l'atome d'hydrogène par le groupe méthyle. Or ces médicaments introduits dans l'organisme ne se dégagent pas suffisamment de leurs combinaisons, ils restent *inertes* : ou s'ils s'en dégagent trop ils redeviennent toxiques.

D'où la supériorité de la posologie, de la pharmacopée hémœopathique qui permet de donner avec mesure et sans danger les substances les plus toxiques.

D^r P. JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE.

Pour parer à l'épuisement nerveux, l'ancienne Ecole n'emploie guère que la Noix vomique ou la Strychnine, associée aux hypophosphites. L'homœopathie est loin d'avoir atteint la perfection dans la poursuite de ce but, mais donne une nouvelle preuve de sa supériorité dans l'emploi des médicaments suivants :

Acide picrique. — S'applique excellemment à cette forme d'excitation nerveuse à laquelle succède bientôt l'épuisement. Employé de la 2^e déc. à la 5^e cent. il provoque une céphalalgie sourde avec vertige; aversion pour l'effort du corps ou de l'esprit avec embarras du cerveau, arrivant jusqu'à une douleur occipitale à droite avec battements; douleur frontale avec plénitude, comme si le crâne devait éclater; ce symptôme est augmenté par l'étude; l'occiput est la région douloureuse particulière à ce produit. On remarque le fourmillement, le tremblement ou l'engourdissement des lèvres, des mains et des pieds; brûlure à l'épicerâne et la colonne, succédant à la douleur dans la tête et les membres. Eclairs dans les yeux, sensation de sécheresse et de chaleur aux paupières, avec congestion de la conjonctive.

Bourdonnements d'oreilles, insomnie avec faiblesse et fatigue musculaire à l'effort. On a signalé les secousses musculaires avec excitation génitale; diurèse; à la suite

de l'ingestion de 10 gouttes de la 1^{re} déc. ; pression épigastrique, battements du cœur, pouls irrégulier et battements dans les artères des tempes. Chez l'animal les membres sont bientôt affaiblis ; la démarche ataxique d'abord, avec contractures musculaires et crampes, qui arrivent graduellement à la paralysie. L'expérience clinique fait voir qu'il ne faut pas donner ce remède au-dessous de la 6^e cent.

Acide oxalique. — Ce médicament présente l'aversion pour le travail intellectuel et physique, la fatigue des muscles, les douleurs variées de la tête, avec chaleur, dyspepsie, excitation sexuelle, palpitations du cœur, faiblesse et douleur du dos, engourdissement et fourmillement dans les membres, tendance à la sueur, avec sommeil agité, et mauvais rêves. L'acide picrique correspond plutôt à l'engourdissement des facultés avec irritation génésique exagérée ; l'acide oxalique à la douleur prédominante, (comme dans la neurasthénie spinale) et lorsque les troubles digestifs prédominent dans les accès sexuels. C'est la 3^e déc. qu'on emploie, et qui donne de rares aggravations.

Acide phosphorique. — L'indication principale est la dépression vaso-motrice ; le pouls est dépressible et bondissant, les mains et les pieds couverts d'une sueur visqueuse ; le moindre effort physique ou psychique provoque la sueur. La 1^{re} dil. déc. a produit un mal de tête occipital, avec des troubles visuels, dépression intellectuelle, excitation génitale avec battements de cœur, accélération du pouls, dyspnée, crampes des mains et des pieds, douleurs lombaires, sueurs profuses par le mouvement. L'acide phosphorique est à la neurasthénie (Hughes) ce que Ferrum est à l'anémie. Il s'adresse particulièrement à l'épuisement nerveux qui succède à l'influenza. Très

utile pour la faiblesse qui résulte d'excès sexuels; d'ordinaire à la 1^{re} déc.

Phosphore. — Le vertige est ici le symptôme principal. Marche hésitante, engourdissement et fourmillement dans les membres; sensation de pression marquée dans la colonne, entre les omoplates. Bruits d'oreilles, battements de cœur, insomnie par excitation d'esprit, éréthisme sexuel. Très utile quand le malade sent des battements dans le crâne, en même temps qu'existe l'excitation génitale.

Ferrum. — Convient quand le malade sent ou entend tout battement de son cœur, avec plénitude de la tête. L'expérience a montré que l'excitation des forces de l'esprit et du corps est suivie d'une fatigue des muscles, pesanteur des membres, crainte de tout effort. Convient surtout aux cas où dominent les symptômes de la tête, avec tendance à la congestion des vaisseaux; chez les femmes la congestion prédomine dans les organes du bassin, avec hémorroïdes, douleur de dos, irritation vésicale, leucorrhée ou métrorrhagie. Les phosphates et picrates de fer s'emploient ici aux 3^e dil. décimale ou centésimale.

L'oxyde et le phosphate de zinc approchent, par leur action, de l'acide phosphorique. Ils produisent aussi un épuisement nerveux, mais avec une excitation moindre. Dans les céphalalgies des deux sexes, dues au surmenage, ils rendent souvent des services. La sensation de froid, par régions limitées, est un symptôme caractéristique de ces deux produits. D'ordinaire la 2^e centésimale.

Dans certaines complications, on se trouve bien de l'emploi de *Cactus*, *Spigelia* et *Glonoin*, contre les troubles circulatoires. *Cocculus* a réussi chez une malade dont les

malaises, quand elle voyageait en voiture, rappelaient le mal de mer.

Actæa racemosa peut servir chez les neurasthéniques avec épuisement musculaire, douleurs notables au cou, quand le sujet, pour se reposer de la sensation de lassitude a de la tendance à porter la tête en arrière. Asthénopie et hyperesthésie rétinienne; chez les femmes, souffrance dans le bassin (Ferrum) avec douleur caractéristique des seins.

Dans la faiblesse nerveuse irritable des hystériques, l'acide picrique est le médicament par excellence, mais il ne doit pas s'employer au-dessous de la 12^e déc.

L'acide phosphorique convient pour l'irritation très marquée du cerveau et de la moelle, surtout de la sphère génitale, mais jamais au-dessous de la 3^e déc. Dans les pulsations qui troublent si souvent le repos du malade, on a usé de la valériane et de la digitale. (*Allg. hom. Zeitung*, septembre 1902.)

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

L'OPOTHÉRAPIE MAMMAIRE DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS.

Parmi les divers organes utilisés en opothérapie, la glande mammaire reste jusqu'à présent un de ceux dont on connaît le moins les effets physiologiques et thérapeutiques. Aussi nous paraît-il intéressant de signaler les résultats encourageants qu'un médecin américain, M. le

D^r H. W. Crouse (de Victoria), a obtenus par l'emploi de la glande mammaire chez 4 femmes atteintes de fibromyomes de l'utérus, ainsi que chez 2 jeunes filles présentant des métrorrhagies avec troubles dysménorrhéiques et prostration générale (ces deux patientes avaient refusé tout examen gynécologique).

Notre confrère prescrit la substance mammaire sous forme de tablettes, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 35 centigrammes répétée trois fois par jour, et il continue le traitement pendant six semaines pour le reprendre de nouveau après une huitaine de jours de repos. Ainsi administré, ce médicament ne produirait aucun effet fâcheux; parfois seulement, lorsqu'on a recours à des doses élevées, la malade éprouverait des contractions douloureuses au niveau de la tumeur, phénomène auquel il serait, du reste, facile de remédier en suspendant l'usage de la substance mammaire ou, tout au moins, en diminuant la quantité journalière.

Se basant sur son expérience personnelle, ainsi que sur les résultats enregistrés par deux autres confrères américains, MM. les D^{rs} J. B. Shober (de Philadelphie) et W. R. Pryor, professeur de gynécologie à la New-York Polyclinic, M. Crouse estime que l'opothérapie mammaire mérite de prendre une place importante parmi les moyens de traitement des fibromes utérins et qu'elle est susceptible d'exercer une action favorable non seulement sur les métrorrhagies auxquelles donnent habituellement lieu ces tumeurs, mais aussi sur le volume même des néoplasmes, surtout dans le cas où ceux-ci se rapprochent, par leur structure, du type myome pur; par contre, si la tumeur affecte la forme fibromyomateuse, ce sont plutôt les écoulements sanguins qui se trouvent

influencés par le traitement. (*Semaine médicale*, 24 septembre).

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR DES INJECTIONS
SOUS-CUTANÉES D'ATROPINE A HAUTE DOSE.

Depuis quelque temps, un médecin américain, M. le Dr S. C. Felt (de New-Boston), traite la névralgie sciatique par des injections hypodermiques d'atropine à des doses qui, étant beaucoup plus élevées que celles qu'on emploie habituellement, détermineraient des phénomènes d'intoxication plus ou moins pénibles, mais exerceraient en revanche une action des plus favorables sur les douleurs névralgiques. Notre confrère fait dissoudre 0 gr. 06 centigr. d'atropine dans cent gouttes d'eau distillée et il injecte d'abord III gouttes de cette solution, le soir au coucher, à 10 centimètres environ au-dessus de la rotule du membre atteint. Au bout d'une vingtaine de minutes on constaterait tous les effets physiologiques de l'alcaloïde en question : accélération du pouls (120 à la minute), dilatation de la pupille, vertige, soit ardente, etc., Si ces manifestations disparaissent en moins de douze heures, c'est que la dose injectée a été insuffisante et alors M. Felt l'augmente chaque fois d'une goutte, jusqu'à ce que l'étourdissement produit par l'injection dure vingt-quatre heures. L'injection ne doit jamais être répétée avant que les troubles dus à la dose précédente d'atropine se soient complètement dissipés; en aucun cas il ne faut y avoir recours plus d'une fois par jour.

Notre confrère a eu l'occasion d'essayer ce mode de traitement sur lui-même, ainsi que dans 28 autres cas de sciatique; il a obtenu 22 guérisons définitives (*Semaine médicale*, 27 août.)

TRAITEMENT DU TÉTANOS TRAUMATIQUE PAR LE BAIN TURC

D'après l'expérience d'un médecin bulgare, M. le D^r S. Zlotovsky (de Routschouk) le bain turc constituerait un excellent moyen à opposer au tétanos d'origine traumatique. A défaut d'une installation appropriée, le traitement — qui doit être continué pendant une quinzaine de jours au moins — peut être réalisé dans n'importe quelle pièce, pourvu qu'on ait soin d'y maintenir, jour et nuit, une température de 40° à 44° C. et qu'on fasse prendre au patient, toutes les trois heures, un bain chaud de trente minutes de durée.

Sous l'influence de ces mesures, le trismus et l'opisthotonos ne tarderaient pas à disparaître et le malade se remettrait peu à peu. (*Semaine médicale*, 17 septembre).

BIBLIOGRAPHIE

LA PRESSION ARTÉRIELLE DE L'HOMME A L'ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE PAR LE PROFESSEUR POTAIN.

C'est le dernier travail du savant clinicien qui a été le maître de plusieurs générations médicales. Ce livre présente les défauts et les qualités propres à son auteur : il manque de clarté et ses conclusions sont rarement affirmatives; cependant il repose sur un nombre considérable d'observations et témoigne d'un travail aussi consciencieux qu'opiniâtre. La connaissance exacte de la pression artérielle a une médiocre importance en séméiotique, elle sert peu au diagnostic, un peu plus au pronostic.

elle présenterait certainement un plus grand intérêt pour l'étude de l'action des médicaments.

La pression artérielle, en effet, n'est autre chose que la force qui meut le sang dans les vaisseaux. Cette force a deux origines : la contraction du ventricule gauche, et l'élasticité des artères qui réagit sur la colonne sanguine et maintient son mouvement.

Ce sont là les deux éléments de la pression artérielle.

La pression sanguine est à son maximum dans l'aorte ; elle est exprimée par $1/4$ d'atmosphère, soit 25 0/0 ; dans les veines caves et l'oreillette droite elle est à peu près égale à 0 ; dans le système capillaire intermédiaire à ces deux points extrêmes, Mathias Duval l'évalue à 12 0/0.

Telle est la pression artérielle dans l'état physiologique et nous pouvons déjà conclure que toutes les causes, qui affaibliront l'énergie du ventricule gauche ou diminueront la quantité du sang, s'accompagneront d'une baisse dans le chiffre exprimant la pression artérielle, et que les circonstances opposées augmenteront cette pression. D'où le signe pronostic formulé par le Professeur Potain que l'abaissement notable de la pression artérielle dans le cours des maladies est d'un mauvais pronostic, parce que ce signe correspond à la diminution des forces vitales.

Le professeur Potain se sert pour évaluer la pression artérielle d'un instrument inventé par le professeur Basch : c'est le *sphygmomanomètre*. Cet instrument, construit par Galante, se compose essentiellement d'une ampoule en caoutchouc, d'un tube de transmission, et d'un manomètre métallique. D'une application assez facile, il nécessite néanmoins une certaine habitude, et encore ses résultats ne peuvent être considérés comme mathématiques. C'est l'artère radiale qui, grâce à sa

situation superficielle, a été choisie pour l'exploration de la pression artérielle.

Examinant la pression artérielle dans les états pathologiques, le professeur Potain établit cinq catégories de pressions :

A. *Maladies à pression très basse* : Cachexie ultime, pertes de sang réitérées, évacuations incessantes.

B. *Maladies à pression basse* : Tuberculose pulmonaire, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu et chronique.

Dans la tuberculose, la moyenne de la pression est 12,4; dans la fièvre typhoïde 12,95, dans le rhumatisme 14.

Dans la maladie que le professeur Potain appelle *rhumatisme chronique*, la pression artérielle ne paraît pas abaissée puisqu'elle est 16,7 et quelquefois même 20 ; ce qui n'a rien de surprenant pour les cliniciens, qui considèrent la plupart des affections, dénommées rhumatismes, comme des formes de la goutte, souvent accompagnée d'artério-sclérose.

C. *Maladies à pression moyenne* : pneumonie, pleurésie, embarras gastrique fébrile (lisez synoque), chlorose, hémorrhagies (?), maladies organiques du cœur, maladies du système artériel.

D. *Maladies à pression forte* : Athérome artériel.

E. *Maladies à pression très forte* : néphrite interstitielle, sclérose artérielle, diabète.

Tous ces chiffres doivent être acceptés avec une extrême réserve : en effet, ce sont des moyennes ; or, si je ne craignais de paraître paradoxal, je dirais que la moyenne est précisément ce qui n'existe jamais. Ainsi, pour la fièvre typhoïde la moyenne donnée par Potain est de 12,95. Et sur 116 malades, on a trouvé le plus souvent 10, 11, 12, 14, une fois 5,5, parfois 18,5. J'ai

donc raison d'observer que le chiffre, exprimant la moyenne est celui qu'on ne trouve jamais.

Sans vouloir insister plus que de raison sur des critiques peu utiles au point de vue pratique, remarquons que du travail du professeur Potain il résulte que le plus grand nombre des maladies modifie très peu la pression artérielle, que le cachexies, la tuberculose, la fièvre typhoïde et le rhumatisme articulaire aigu abaissent cette pression et que les athéromes artériels, qui comprennent la néphrite interstitielle, sont, avec le diabète, les seules maladies qui augmentent cette pression.

Je désire ajouter un mot de critique pathologique.

On s'accorde généralement en clinique pour admettre que dans l'insuffisance aortique, le pouls de Corrigan, caractérisé par une ligne d'ascension verticale élevée, terminée par un crochet, suivi d'une ligne de descente, à dirotisme simple ou double, est le signe d'une diminution de la pression artérielle. Or le professeur Potain affirme que le sphymomanomètre accuse dans ce cas, une augmentation de la pression artérielle.

Ou bien le professeur Potain n'a pas tenu compte dans ses observations de l'athérome aortique, qui accompagne souvent l'insuffisance sygmoïde et qui augmente à coup sûr la pression artérielle, ou bien son instrument l'a trompé. En effet, comme le remarque Mathias Duval, une condition nécessaire à la pression artérielle est la base solide offerte à la colonne sanguine par les sygmoïdes. Ces valvules étant insuffisantes, le sang reflue dans le ventricule gauche, et ne peut produire un excès de pression artérielle. Du reste, la pâleur de ces malades, leurs syncopes faciles constituent une démonstration clinique de l'hypotension artérielle.

Il nous reste à examiner, ce qui pour nous est la question la plus importante, les modifications apportées à la pression artérielle par l'action des médicaments.

Le professeur Potain n'a guère étudié cette question qu'au point de vue de la digitale et, quoique, grâce à la tournure de son esprit, il n'arrive à aucune conclusion ferme, nous pourrions cependant dégager de ses expériences des résultats positifs sur l'action de la digitale.

Voici la première expérience : un homme exempt de toute maladie de cœur et des vaisseaux reçoit la digitale dans le but de combattre un priapisme douloureux. Avant l'administration du médicament, il présentait 100 pulsations à la minute et la pression artérielle s'exprimait par 18. La digitaline cristallisée fut donnée à la dose de 1 puis $2/5$ de milligramme pendant dix jours. Sous l'influence du médicament le pouls se ralentit progressivement et le onzième jour le malade n'avait plus que 40 pulsations ; sa pression étant tombée à 7. Dix jours après la cessation du médicament, le pouls était à 60, la pression à 16, inférieure encore de 2 à la pression initiale.

Voilà une expérimentation bien faite et de laquelle on est autorisé à conclure que la digitaline, dans son action physiologique diminue la fréquence du pouls et *abaisse la pression artérielle*. Malheureusement cette expérimentation présente une lacune : l'auteur a négligé de nous indiquer la quantité de l'urine rendue avant et pendant l'expérience. Rapprochons maintenant le fait bien connu de l'asystolie cardiaque et son traitement par la digitaline. L'asystolie est un syndrome caractérisé par la faiblesse et l'irrégularité des contractions cardiaques, par la diminution de la pression artérielle et l'augmentation de la tension veineuse. L'équi-

libre physiologique des deux tensions vasculaires est rompu ; il en résulte une stase vasculaire dans le système veineux, d'où œdème, anasarque et hydropisie viscérales, d'où encore albuminurie et rareté de la sécrétion urinaire.

La digitaline, prescrite à dose suffisante contre ce syndrome, régularise le cœur, augmente la pression artérielle ; comme conséquence directe, accroît la tonicité des capillaires, détermine la résorption des liquides épanchés, et produit une diurèse qui peut atteindre 5 ou 6 litres en vingt-quatre heures. N'oublions pas que le phénomène principal dans cette action de la digitaline est l'hypertension vasculaire.

Rapprochant maintenant cet effet thérapeutique de la digitaline de l'abaissement de la tension artérielle qu'elle produit chez l'homme sain, nous aurons, une fois de plus, la confirmation de cette grande loi d'indication : « *similia similibus curantur.* »

Mais les préjugés thérapeutiques de la première éducation du professeur Potain ne lui permettent pas de voir les choses aussi clairement ; et, après avoir apporté des observations dans lesquelles la digitaline a été administrée à des cardiaques, dont les uns atteints de rétrécissement mitral ou d'insuffisance aortique présentaient une augmentation de pression, et leur avoir administré sans indication positive de la digitaline, il est arrivé à des résultats contradictoires ; et au lieu de s'en prendre à son absence de méthode, qui lui permet d'administrer les médicaments à tort et à travers, il conclut : « L'influence de la digitale sur la pression artérielle n'est soumise à aucune règle. »

Nous regrettons surtout que le professeur Potain n'ait pas tenu compte dans les faits qu'il a rapportés de la quantité des urines rendues ; nous pensons que des obser-

vations eussent confirmé des expériences, déjà un peu vieilles, faites sur des chevaux et qui démontrent l'action diminuante de la digitale sur la sécrétion urinaire.

Nous avons vainement cherché dans le mémoire du professeur Potain des renseignements sur l'action de l'iodure de potassium dans le traitement de l'artério-sclérose. Le grand clinicien, auteur d'un ouvrage remarquable sur les affections du cœur et des vaisseaux, M. Huchard, a plus que personne contribué à faire entrer l'iodure de sodium dans le traitement de l'artério-sclérose. Il attribue l'action incontestablement favorable de ce médicament à la propriété qu'il possède d'abaisser la tension artérielle, toujours extrêmement augmentée dans l'artério sclérose. M. Huchard a institué des expériences sur les animaux, d'où il a cru pouvoir conclure que l'action physiologique de l'iodure de sodium se caractérisait par une diminution de la tension artérielle. Ces conclusions ne nous ont pas convaincus, non seulement parce qu'elles sont en contradiction avec les lois ordinaires de la pharmacodynamie, mais encore parce qu'il existe dans la science un certain nombre d'expériences, qui ne concordent pas avec celles de M. Huchard. La question reste donc ouverte et nous regrettons de n'avoir trouvé aucun renseignement sur ce point dans le livre du professeur Potain.

D^r P. JOUSSET.

NÉCROLOGIE

LE D^r MALAPERT DU PEUX (1).

Mes chers confrères, au moment de reprendre possession du fauteuil présidentiel, je me vois, comme au

(1) Allocution prononcée à la Société Française d'Homœopathie.

jour où je m'y suis assis pour la première fois, dans la douloureuse obligation d'ouvrir la séance par des paroles de deuil.

Il semble, en effet, que la mort s'acharne sur le corps médical homœopathique, déjà si cruellement éprouvé pourtant. Après la perte des D^{rs} Piedvache fils, Nimier et de notre regretté confrère le D^r Chancerel père, voici que disparaît prématurément, et n'ayant pas encore donné toute sa mesure, un jeune confrère, le D^r Gaston Malapert du Peux qui, il y a quelques années à peine, avait succédé à son père à Lille.

Je n'ai eu que de rares occasions d'entrer en relations avec le père, mais en revanche je connaissais beaucoup le fils qui était de mes amis et que j'avais pu suivre depuis le moment où il préparait à Paris ses examens de doctorat.

A ce moment déjà, l'étudiant promettait ce qu'à tenu plus tard le praticien, car, suivant en cela du reste les traces de son père, le D^r Gaston Malapert parvint à acquérir ces deux qualités qui sont peut être celles que je prise le plus dans un médecin, à savoir l'honnêteté professionnelle et la tolérance.

En notre siècle parfois si veule, les Malapert, en effet, furent de ceux qui ne s'abaissèrent jamais à mettre leur drapeau dans leur poche, mais en même temps, accordant à autrui la liberté qu'ils revendiquaient pour eux-mêmes, ils surent en toutes circonstances et vis-à-vis de tous se montrer tolérants, et ce ne fut pas pour moi, je vous l'avoue, une médiocre surprise, ni une mince joie, d'entendre tant à Lille, où j'étais allé pour les funérailles, qu'à Paris, des confrères allopathes me parler des excellents rapports qu'ils avaient eus ensemble, et regretter la mort des D^{rs} Malapert, comme s'ils eussent été des leurs.

A ces deux qualités, le D^r Gaston Malapert en joignait une troisième qui a bien sa valeur. C'était un médecin qui réussissait, et qui avait de nombreux malades. En mourant, en effet il laisse, ses livres sont là qui en font foi, une clientèle qui, même à Paris pourrait être considérée comme très enviable.

Acquise simplement, et sans l'ombre de la plus petite réclame, cette clientèle prouve je crois une chose, c'est que le D^r Gaston Malapert fut en somme un bon médecin et que, pour employer une expression chère à mon vieux maître Abadie, il fit « de la bonne besogne ».

Nous devons donc, je crois, lui savoir gré d'avoir propagé dans le nord de la France la doctrine homœopathique qui nous est si chère, de l'avoir fait aimer et de l'avoir fait respecter même de nos adversaires, et je pense être l'interprète de tous les membres de la Société en envoyant à sa veuve l'expression de nos confraternels regrets et de nos respectueuses condoléances.

Je profite de cette occasion pour apprendre à ceux qui l'ignorent encore qu'un de nos jeunes confrères et amis le D^r Emile Tessier, vient d'être appelé à recueillir cette lourde succession. Je lui envoie mes meilleurs vœux de réussite et suis persuadé qu'il tiendra à honneur de suivre les traditions qui lui ont été transmises.

D^r PARENTEAU.

Erratum. — L'article de bactériologie que j'ai publié dans le dernier numéro de l'*Art Médical* a été imprimé sans que j'aie revu les épreuves. Il contient des fautes typographiques qui rendent presque impossible d'en comprendre le sens.

Après avoir rappelé que le sérum de Roux, chauffé à

55 degrés, perd ses propriétés thérapeutiques et qu'il les recouvre si on lui ajoute un sérum provenant d'un animal non vacciné, j'ajoute :

Que s'est-il passé dans cette double opération ? La chaleur à 55 degrés a détruit dans le sérum de Roux l'alexine de ce sérum ; mais cette température de 55 degrés est restée sans effet sur une autre substance produite dans ce sérum par l'action de l'organisme impressionné par la toxine diphtérique. Cette substance véritablement spécifique a reçu les noms de sensibilisatrice, d'anticorps et d'immunisine ; or, c'est cette substance qui fixe l'alexine sur la toxine à détruire ; c'est cette substance seule qui a une propriété spécifique, puisque si le sérum de Roux chauffé à 55 degrés devient inactif par la destruction de son alexine, il conserve, grâce à l'immunisine, réfractaire à la chaleur, ses propriétés spécifiques ; et pour rendre à ces propriétés toute leur activité, il suffit d'ajouter au sérum chauffé et inactif un sérum normal contenant une alexine banale.

.
L'expérimentation a donc démontré que la présence de l'alexine et de la sensibilisatrice était nécessaire à l'action des sérums spécifiques ; mais que la sensibilisatrice était la substance la plus importante, puisqu'elle suffisait à rendre un sérum curatif et immunisant même lorsqu'on remplaçait les alexines spéciales détruites par le chauffage à 55 degrés, par des alexines banales empruntées au sang d'un animal non vacciné.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

NOVEMBRE 1902

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LES CULTURES PURES ATTÉNUÉES PAR LE VIEILLISSEMENT.

SOMMAIRE. — Traitement de la tuberculose par des injections de culture pures au trillionième ; longue survie. — Traitement par la culture pure atténuée par le vieillissement. — Essai de vaccination. — Inoculation simultanée de culture virulente et de culture vieille. — Traitement par les vieilles cultures.

Dans une série d'expériences faites en 1897 et 1898 que j'ai publiées dans l'*Art médical* de cette dernière année, nous avons expérimenté l'action de la culture pure à la dose d'un trillionnième dans le traitement de la tuberculose expérimentale. Le traitement consistait dans l'injection d'une culture pure étendue dans l'eau stérilisée jusqu'à la 6^e dilution ; un centimètre cube de cette culture était injectée sous la peau tous les cinq jours.

De ces expériences nous avons pu conclure à une survie de cinq à six mois pour les cobayes traités, une tempé-

rature longtemps normale et une augmentation considérable du poids de l'animal faisant espérer la guérison et cependant tous nos animaux sont morts tuberculeux, ce qui prouve que ce traitement n'est pas réellement curatif.

Il y a-t-il lieu de reprendre ces expériences avec une dose moins infinitésimale ?

La lecture de la découverte de Pasteur sur l'action immunisante de cultures vieillies du choléra des poules m'a fait penser à expérimenter l'action de culture pure de tuberculose vieillie dans le traitement de la tuberculose.

Le 20 avril 1901. — J'ai pris une culture pure de tuberculose sur bouillon, extrêmement virulente, datant du 8 février de la même année, je l'ai mélangée avec parties égales de glycérine et je l'ai fait descendre dans les caves de laboratoire.

Voici les expériences qui ont été faites avec cette culture.

I. — EXPÉRIENCES POUR VÉRIFIER L'ACTION DU VIELLISSEMENT SUR LA VIRULENCE DE LA CULTURE PURE DE LA TUBERCULOSE.

Première expérience. Culture vieille de deux mois. — Un cobaye pesant 433 grammes fut inoculé le 21 juin avec un demi centimètre cube de notre culture conservé à l'obscurité depuis deux mois. Cette culture est encore extrêmement virulente : dès le quatrième jour, le cobaye a la fièvre (41°2); il maigrit rapidement et meurt le deuxième jour ayant perdu 193 grammes de poids (1).

Deuxième expérience. — Le même jour 21 juin, un cobaye pesant 680 grammes fut inoculé avec un demi centimètre cube de la même culture. Dès le sixième jour

(1) *Autopsie.* Nombreux infarctus avec microbes de Koch.

la fièvre apparut. Il mourut au bout de trois semaines ayant perdu 125 grammes.

Autopsie. — Absès au point d'inoculation, bacilles de Koch dans le pus de l'abcès. Cependant la rate est restée petite et les viscères ne présentent pas de tubercules.

Troisième expérience. — Le 15 septembre, un cobaye du poids de 705 grammes fut inoculé avec un centimètre cube de la même culture mais *vieille de cinq mois*.

Cette culture avait perdu une grande partie de sa toxicité, la femelle cobaye sujet de l'expérience était pleine. Elle ne mit bas que le 6 novembre; sept semaines après l'inoculation. Jusqu'à ce moment, sa santé s'était conservée bonne. La fièvre ne commença que le 15 novembre deux mois après l'injection. Le dépérissement et la fièvre firent des progrès rapides. La mort arriva le 2 décembre, deux mois et demi après l'inoculation. Le cobaye pesait encore 725 grammes, ayant augmenté de 20 grammes sur le début. Il faut remarquer que pendant la période de gestation où la santé avait été parfaite, il avait atteint 1.075 gr. gagnant ainsi 370 grammes sur le poids initial.

L'autopsie a démontré de nombreuses lésions tuberculeuses avec le bacille de Koch.

Ainsi une culture vieille de cinq mois est encore capable de tuberculiser un cabaye.

II. COBAYES VACCINÉS. — Trois cobayes ont été inoculés avec la culture vieillie dans le dessein de les vacciner contre l'inoculation de la culture pure. Tous les trois sont morts. Nous avons donc échoué dans notre tentative de vaccination.

Le n° 1, inoculé le 2 novembre, avec une culture vieille de *six mois et dix jours* est mort accidentellement

au bout d'un mois d'une hémorrhagie accidentelle. Il n'avait jamais présenté de fièvre, avait augmenté de 165 grammes.

A l'autopsie, il n'a présenté ni ganglion d'inoculation, ni tubercules, ni bacille de Koch. Et la rate pesait 90 centigrammes.

Il avait reçu une injection de culture pure l'avant veille de sa mort et cette injection avait déterminé une élévation de température de 3 dixièmes seulement.

La culture vieille de six mois et 30 jours avait perdu toute virulence puisque le cobaye mort accidentellement un mois après l'inoculation de cette culture était resté indemne.

Cobaye n° 2. Le 15 octobre, un cobaye pesant 490 gr., fut inoculé avec un demi-centimètre cube de culture tuberculeuse *vieille de six mois*. Un mois après, le cobaye qui pesait alors 505 grammes et n'avait pas de fièvre reçut une nouvelle injection de la même culture de un centimètre cube sans que cette injection eut aucune influence sur la température.

Six jours après, et cinq semaines après la première vaccination, nous avons injecté à ce cobaye un demi-centimètre cube d'une culture pure virulente de tuberculose.

Sous l'influence de cette injection la température a monté d'un degré (40°). Puis l'apyrexie s'est établie, le poids du corps a continué à augmenter et c'est seulement le 7 septembre, 15 jours après l'injection d'une culture virulente que le mouvement fébrile s'est établi à 40° et que le poids du corps commencé à diminuer.

Le 22 décembre et le 3 janvier, nous avons injecté un demi-centimètre cube de la culture vieillie à titre de

traitement sans que le mouvement fébrile se soit arrêté et que l'amaigrissement ait retrogradé.

Le 19, le 28 janvier, le 18 février, le 5 mars, nous avons fait de semblables injections de la culture vieillie, la température s'est maintenue à 40° jusqu'au 25 février. Depuis lors jusqu'à l'époque de la mort du cobaye la température a beaucoup oscillé, est revenu à 38° pendant quelques jours.

Le poids est tombé à 400 grammes perdant ainsi 90 grammes, sur le poids initial. A l'autopsie, rate hypertrophiée nombreuses granulations tuberculeuses, le poumon et le foie sont tous tuberculeux. Abscès d'inoculation. Nombreux bacilles de Koch.

Cobaye n° 3. — Le 18 novembre, un cobaye du poids de 385 grammes fut inoculé avec la culture vieille déjà de huit mois. Sa santé ne fut pas modifiée et il continua d'engraisser puisque, le 4 décembre, il pesait 415 gr.

Le 7 décembre, 21 jours après la vaccination, il fut inoculé avec un demi-centimètre cube d'une culture pure de tuberculose virulente.

La température monta de quelques dixièmes de degrés mais revint au poids normal. Cependant huit jours après l'inoculation de la culture tuberculeuse, il avait maigri de 30 grammes.

Comme traitement, on lui injecta un demi-centimètre cube de vieille culture, le 22 décembre, le 3 janvier, le 19 janvier, le 28 janvier, puis seulement le 18 février. Malgré ce traitement la température du cobaye atteint 40° à partir du 22 décembre et s'y maintint, la dépassa même au mois de janvier : enfin il mourut dans l'hypothermie le 20 février.

Ce cobaye avait donc été inoculé avec la culture pure

virulente le 7 décembre. Il succomba le 20 février, 73 jours après cette inoculation. La rate était grosse, le foie et le poumon étaient tuberculeux. Il y avait un ganglion d'inoculation et ces lésions contenaient le bacille de Koch.

En résumé, la vaccination a complètement échoué et le traitement commencé un peu tardivement, il est vrai a peut-être retardé la marche de la maladie, mais n'a pas empêché la mort par tuberculisation.

III. INOCULATION SIMULTANÉE D'UNE CULTURE VIEILLIE ET D'UNE CULTURE VIRULENTE. — Deux cobayes ont été soumis à cette expérience. L'un est mort accidentellement d'une hémorrhagie péritonéale. L'autre, malgré les injections de culture vieillie, pratiquées tous les quinze jours, a fini par prendre de la fièvre et est mort tuberculeux deux mois et demi après l'inoculation des deux cultures.

IV. TRAITEMENT DE COBAYES INOCULÉS AVEC LA CULTURE VIRULENTE PAR LA CULTURE VIEILLIE. — Ces expériences qui sont encore inachevées présentent une notable différence avec les précédentes, puisque nous avons des cobayes qui sont dans leur cinquième mois depuis l'inoculation de culture virulente et qui ne semblent pas malades.

Cette différence tiendrait-elle à ce que la culture dont nous nous servons, en vieillissant davantage a acquis les propriétés thérapeutiques qu'elle n'avait pas quand elle était plus jeune ; tient-elle à une différence dans la virulence des cultures pures employées ou à une résistance individuelle plus considérable des cobayes en expérience ?

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA CULTURE VIEILLIE.

1^{re} série. — Un cobaye pesant 623 grammes fut inoculé

le 29 novembre 1901, avec un demi-centimètre de culture pure de tuberculose. Il fut traité par les injections de culture tuberculeuse vieillie dans la glycérine et âgée de 7 mois à partir du 7 décembre. Ces injections furent répétées environ tous les quinze jours jusqu'à la fin du mois de mars, puis ces injections furent éloignées et faites seulement une fois par mois. L'injection de culture vieillie s'accompagna habituellement d'une élévation de température de 1 à 2 dixièmes de degré. La température de l'animal resta généralement limitée entre 39 et 40°. Ce dernier chiffre fut rarement atteint.

Pendant le mois de décembre, le poids du cobaye varia très peu de 625 à 650. Mais au mois de janvier il atteignit successivement 725, 755 et 780. Au mois de février il atteignit 785 et après quelques oscillations 815 grammes vers la fin de mars.

Le 12 avril, après des oscillations il pesait encore 800 grammes puis il commença à diminuer, 730 et enfin 675 grammes qui était son poids lorsqu'il mourut, poids supérieur de 50 grammes au poids initial.

Le cobaye succomba le 27 mai, six mois après son inoculation.

A l'autopsie, la rate était énorme, présentait un grand nombre de granulations ainsi que le poumon. Le bacille de Koch fut trouvé dans la rate.

En résumé, ce cobaye a offert une longue survie avec les apparences de la guérison. Pas de mouvement fébrile continu, augmentation du poids initial, pas de ganglions d'inoculation. Néanmoins il est mort très tuberculeux.

Peut-être avons-nous eu le tort de ne pas continuer plus longtemps les injections tous les quinze jours.

Le 29 novembre 1901, un cobaye du poids de 575 gr.

fut inoculé avec la même culture que le précédent. Il subit le même traitement que lui. Les injections de culture vieille furent suspendues à partir du 14 mai. Il ne succomba que le 15 juin, trois semaines plus tard que le précédent.

A la fin de décembre il avait augmenté de 50 grammes et pesait 625. Il augmenta beaucoup de poids au mois de janvier et atteignit 825 grammes à la fin de ce mois.

Le 10 février, il avait atteint 905 grammes. Il commença alors à décroître assez rapidement, puisque le 26 février il ne pesait plus que 625 grammes. Cette grande diminution s'expliquait par un phénomène physiologique, puisque le cobaye avait mis bas quatre petits.

Cependant, à partir de ce moment, le poids resta borné entre 625 et 665, en même temps que la température dépassait quelquefois 40 et devenait très irrégulière.

Au mois de mai, le poids continuait à décroître, 600 gr. : puis 565 le 27 mai. Il ne pesait plus que 535 grammes quand il est mort, après six mois de survie, ayant perdu 40 grammes de son poids initial.

La rate était énorme, tuberculeuse, ainsi que le foie et le poumon. Il existait un grand abcès d'inoculation. Les lésions contenaient le bacille de Koch. Comme toujours la tuberculose a précipité sa marche quand le cobaye a eu mis bas.

2° série. — 1° Le 18 mars, 4 cobayes furent mis en expérience; ils furent inoculés avec un demi-centimètre cube d'une culture de tuberculose, et ensuite traités par des injections de cultures vieilles ayant à ce moment onze mois.

Le numéro 1 pèse 520 grammes, sa température est normale au-dessous de 40°. Inoculé avec la culture pure

le 18 mars, dès le quatrième jour sa température s'est élevée, mais d'une manière très passagère. Le 27 mars il avait augmenté de 25 grammes. Le traitement par les cultures vieilles fut commencé le 28. On lui injecta sous la peau de l'aîne un demi-centimètre cube de culture vieillie. Cette injection fut répétée huit jours après, puis vingt-cinq jours après, quinze jours après, cinq semaines après ; ensuite il fut abandonné à lui-même.

Aujourd'hui, 24 octobre, il est parfaitement bien portant ; il a atteint le poids de 700 grammes au lieu de 520 qu'il avait au début ; il n'a jamais de fièvre.

Les injections de culture vieillie n'ont pas déterminé d'élévation de température au début du traitement ; elles en ont déterminée une de 1 degré à la fin du deuxième mois et à la fin du troisième mois.

Pour toute lésion, ce cobaye présente un ganglion induré au point de l'inoculation ; ce ganglion enlevé aujourd'hui, 24 octobre, est simplement hypertrophié, il n'est pas caséux et on ne peut y déceler la présence du bacille de Koch.

2° Ce cobaye pesait 425 grammes ; c'était une femelle pleine et elle a mis bas juste un mois après l'inoculation de culture pure. Ce cobaye fut soumis au même traitement que le précédent ; il succomba le 2 juillet, trois mois et demi après l'inoculation ; il pesait 420 grammes, ayant perdu seulement 25 grammes, et n'ayant présenté de fièvre que les quinze derniers jours.

Autopsie. — Rate hypertrophiée et tuberculeuse. Poumons tuberculeux. Nombreux bacilles de Koch dans le ganglion d'inoculation.

3° Ce cobaye pesait 525 grammes ; il fut inoculé le 18 mars, soumis au même traitement que les deux précé-

dents; il avait déjà reçu deux injections de culture vieillie comme traitement; il périt inopinément d'une *hémorrhagie accidentelle*. Il n'avait point eu de fièvre; son poids était de 515 grammes; il n'avait donc perdu que 10 grammes. L'autopsie permit de constater l'absence complète de la tuberculose. La rate était saine et normale; au point d'inoculation, il n'y avait ni plaie ni ganglion.

Ces trois expériences paraissent probantes, je dis : paraissent, parce que le cobaye témoin est aujourd'hui encore en parfaite santé.

4° *Témoin*. — Ce cobaye pesait 605 grammes; il fut inoculé avec 1/2 cm. cube de la même culture de tuberculose qui avait servi aux trois autres cobayes. Il n'a jamais présenté de fièvre et aujourd'hui, 24 octobre, sept mois après l'inoculation de la culture pure, il présente pour toute lésion deux ou trois ganglions indurés, non caséux, et dans lesquels nous n'avons pas décéléré la présence du bacille de Koch.

Cette immunité du témoin tient-elle à l'affaiblissement de la culture qui a servi aux inoculations, tient-elle à une disposition particulière du sujet? Dans tous les cas, elle infirme les résultats favorables présentés par les cobayes de la même série.

Pour résoudre ce problème, nous nous sommes décidé à injecter de la tuberculine au cobaye de l'observation n° 1 et au témoin.

Le cobaye n° 1 a une élévation de température de 1 degré, suivi le jour même d'un abaissement de 3 degrés et il est mort.

A l'autopsie, les poumons et le foie étaient absolument sains; la rate ne présentait aucune granulation, elle était

hypertrophiée et pesait 2 gr. 25; le cobaye présentait 2 ou 3 ganglions d'inoculation; 2 de ces ganglions étaient caséux et ramollis, cependant l'examen microscopique n'a pas permis de constater dans le pus de ces ganglions le bacille de Koch. Un cobaye a été inoculé avec ce pus le 30 octobre.

Le témoin inoculé le même jour avec la même quantité de tuberculine, a présenté une ascension de 1° 1/2 suivi d'un abaissement de 3° mais il n'a pas succombé. Une autre injection de tuberculine pratiquée trois jours, après a déterminé une ascension et une descente analogue sans que le cobaye ait succombé. Il semblait se rétablir; il avait température de 39°5. Huit jours après, je lui fait une injection de 50 centigrammes de tuberculine; il est mort dans la nuit.

A l'autopsie, poumons et foie sains; rate pesant 2 gr. 25; 2 ganglions caséux, sans que la recherche microscopique puisse permettre de déceler la présence du bacille de Koch.

De toutes ces expériences nous pouvons conclure : qu'il faut au moins 6 mois de vieillissement pour qu'une culture tuberculeuse perde sa toxicité.

2° Que si dans aucun cas les injections de culture atténuée par le vieillissement n'ont empêché le développement de la tuberculose, elles ont produit néanmoins une longue survie. Chez les vaccinés et chez les cobayes qui ont reçu à la fois les deux cultures le survie a été de trois mois. Quant aux cobayes inoculé d'abord avec la culture virulente, puis traités ensuite par des cultures vieilles, les survies ont été de 6 et 7 mois, et chez un de ces derniers, la santé semblait parfaite au bout de 7 mois, il n'avait pas de mouvement fébrile et avait augmenté de

poids; cependant une injection de tuberculine l'a tué. Nous avons trouvé pour toute lésion le ganglion caséux au point de l'inoculation, une rate un peu grosse (2 gr. 25), mais pas une seule lésion tuberculeuse.

Nous continuerons donc ces expériences.

D^r P. JOUSSET.

URANIUM NITRICUM DANS LES MALADIES DU FOIE.

D'après les expérimentations faites par l'école homœopathique, le nitrate d'urane est surtout conseillé dans le diabète et la glycosurie qu'il produit pas intoxication, et dans certains cas de lésions ulcéreuses de l'estomac siégeant dans le voisinage du pylore et du duodenum d'après l'indication du D^r Edward Blake, qui a rencontré expérimentalement des ulcérations dans ces régions.

A propos de cette localisation des ulcérations au niveau de l'estomac et du duodenum, je suis à même d'affirmer par mes propres expériences, et celles de Woroschilsky, de l'Ecole de Dorpat, qui concordent avec les miennes, que le nitrate d'urane n'a pas une préférence marquée sur l'estomac et le duodenum. On rencontre abondamment des ulcérations ecchymotiques tout le long du petit intestin, qui présente toujours une arborisation vasculaire intense.

Dans les glomérules des reins, il y a de nombreux foyers ecchymotiques, on trouve même des ecchymoses sous-périostiques et sous-endocardiques. — Parfois j'ai trouvé des ulcérations disséminées un peu partout avec intégrité absolue de l'estomac.

Ces ecchymoses et ulcérations sont la conséquence d'un état général grave, dont les lésions principales se trou-

vent au niveau du foie et des reins, ce sont réellement les deux organes qui présentent au microscope les grosses destructions et c'est surtout sur les altérations du foie que je veux insister aujourd'hui.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU FOIE DANS L'INTOXICATION
PAR LE NITRATE D'URANE.

La lésion caractéristique du nitrate d'urane se voit surtout chez le lapin : elle est plus difficile à produire chez le chien qui présente de préférence des phénomènes paralytiques.

Chez le lapin on trouve l'altération de la cellule produite par le développement de boules hyalines, au nombre de deux, trois, quatre, et même dix, dans une seule cellule, qui finissent par resserrer le noyau cellulaire, lui donner des formes bizarres en segment de lune, en étoile, et qui aboutissent à la destruction complète de la cellule, et disparition du noyau. Parfois ces boules hyalines sont remplacées par des boules graisseuses qu'on reconnaît par leur coloration noirâtre à l'acide osmique. — Enfin dans une expérience spéciale, nous avons observé que ces boules ne contenaient pas de glycogène. — Cette lésion spéciale du foie, produite par l'intoxication uranique, a été décrite dans ma thèse de doctorat en médecine en 1891, à la suite d'expériences faites à la faculté de médecine de Paris sous les auspices du professeur Gilbert.

Un poison qui tue la cellule hépatique méritait d'être essayé homœopathiquement dans les maladies du foie.

L'occasion se présenta la première fois dans ma clientèle sur un diabétique dont le foie offrait une hypertrophie considérable. Le bord inférieur touchait l'ombilic. Le nitrate d'urane me semblait indiqué surtout pour la glyco-

surie : mais quel ne fut pas mon étonnement, en revoyant mon malade au bout d'un mois, de constater que le sucre avait faiblement diminué (54 grammes par litre au lieu de 58), mais qu'en revanche le volume du foie était déjà sensiblement réduit, le bord inférieur étant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ayant donné la première fois *Uranium nitricum* à la 6^e, je continue le même remède à la 2^e centésimale.

Je revois le malade au bout de deux mois : le foie a encore sensiblement diminué de volume et, par contre, chose paradoxale, le sucre est à 72 grammes. Le malade fait ensuite une cure à Vichy, qui ne modifie pas sensiblement le diabète, mais qui maintient la diminution du volume du foie provoquée par l'urane.

Un autre cas d'hypertrophie du foie fait le sujet de ma seconde observation : Le sujet, Mme F., n'était pas diabétique, et il n'y avait comme antécédents ni syphilis, ni alcoolisme, ni fièvre intermittente.

La maladie commença, quinze mois auparavant, par une jaunisse, une pesanteur et une douleur du foie, une digestion lente et perte d'appétit. Lorsqu'elle vint me voir, la malade présentait toujours une teinte ictérique très marquée des yeux et de la peau, des urines acajou, et des démangeaisons ; le lobe droit du foie était énorme, il descendait presque au niveau de l'ombilic. Je prescrivis le nitrate d'urane à la 6^e centésimale, 1 goutte matin et soir.

Je revois Mme F. quarante jours après l'administration quotidienne du médicament, et je constate une grande diminution de la teinte ictérique, les urines sont peu colorées ; les démangeaisons ont presque disparu : l'appétit et les forces reviennent. — Je prescrivis nitrate d'urane

3^e centésimale, 11 gouttes matin et soir, et revois ma malade un mois plus tard. — En résumé, au bout de soixante-dix jours de traitement constant avec le nitrate d'urane, la teinte ictérique des yeux et de la peau a complètement disparu, les urines sont normales, plus de démangeaisons : l'appétit et les forces sont excellents. Quant au foie, il est légèrement diminué, mais il est encore loin d'avoir son volume normal.

J'ai donné le nitrate d'urane dans deux cas de cancer du foie. Dans les deux cas, la lésion a évolué vers la mort, mais j'ai pu procurer quelques soulagements avec le remède, au point de vue des troubles ictériques et des digestions.

La fièvre hépatique, telle qu'elle est décrite dans nos livres, se voit très rarement ou pour ainsi dire jamais dans nos régions ; mais ce que l'on rencontre parfois, ce sont de véritables accès de frisson, de fièvre et de sueurs, suivis le lendemain de maux de tête, qui simulent à s'y méprendre la fièvre intermittente. Dans deux cas semblables, le foie était plutôt petit, et sécrétait peu de bile. Sous l'influence de la rareté de la bile, il devait se produire des fermentations intestinales toxiques, amenant des phénomènes identiques à l'accès d'impaludisme. Au moment des crises, un médicament réussissait toujours fort bien, c'était l'*eupatorium perfoliatum* ; les accès étaient raccourcis, moins intenses, mais néanmoins ce remède ne pouvait pas empêcher le retour des crises.

Dire le nombre de remèdes que j'ai essayés pour prévenir ces accès serait trop long ; enfin l'idée me vint d'essayer le nitrate d'urane à l'un de mes deux malades ; une des premières actions du remède fut de ramener la coloration normale des selles qui étaient au préalable presque

toujours grisâtres : je donnais l'urane au second malade qui présentait les symptômes identiques des grands frissons fébriles tous les six, huit ou douze jours. — Au second également, la coloration normale des selles grisâtres fut obtenue, et les accès s'espacèrent chez l'un comme chez l'autre pour finalement disparaître depuis onze mois chez l'un et depuis sept mois chez l'autre. Dès que les selles avaient une tendance à redevenir décolorées, je conseillais immédiatement à mes malades l'usage de l'urane, et c'est ainsi que j'ai fait cesser leurs crises très probablement dues à une intoxication alimentaire.

Enfin récemment je l'ai conseillé avec succès pour un cas de constipation par acholie, ce qui est par parenthèse une des sources bien fréquentes de la constipation. — Ces constipations s'accompagnent de gaz nombreux et de gonflements pendant la digestion.

Là encore le nitrate d'urane ramena la coloration des selles, la diminution des fermentations, mais à la dernière visite, le malade était toujours obligé d'aider légèrement les évacuations par un moyen naturel bien plus faible que les drastiques qu'il prenait auparavant.

Comme conclusion, le nitrate d'urane est homœopathique aux maladies du foie, car il produit dans son intoxication la destruction de la cellule hépatique par des boules hyalines ou graisseuses. — La loi de similitude s'est montrée efficace dans son application clinique, et le nitrate d'urane mérite de figurer sur la liste des médicaments hépatiques, même en dehors du diabète ou des glycosuries (*Revue homœopathique française*).

D^r CARTIER.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA INFANTILE

Nous trouvons utile de revenir sur le traitement du choléra infantile publié dans le N° 3 du *Mois thérapeutique*.

La guérison, dit l'auteur de cet article, est très exceptionnelle.

Nous le croyons sans peine après avoir lu le traitement généralement employé contre cette maladie.

Dans notre école, la guérison du choléra infantile est la règle, quand le traitement est commencé à temps.

Nous allons donc, dans l'intérêt des malades et dans celui de la profession, essayer de démontrer que nos confrères font fausse route en s'obstinant dans une thérapeutique inutile quand elle n'est pas homicide.

Voyons donc quelle est cette thérapeutique.

Elle se compose de moyens hygiéniques et de médicaments.

Nous commencerons cette étude par l'exposition des moyens hygiéniques qui constituent un terrain commun avec nous.

Le premier, en importance, des moyens hygiéniques c'est la *diète hydrique* et comme elle peut rendre des services nous allons y insister un instant.

Elle consiste à nourrir le petit malade uniquement avec de l'eau stérilisée. Cette eau est administrée à l'enfant toutes les demi-heures ou même plus souvent, (car la soif atteint un haut degré d'acuité chez ces petits malades) en n'excédant pas 50 grammes chaque fois.

L'eau stérilisée pour l'usage particulier dont nous parlons se prépare en faisant bouillir pendant dix minutes

environ deux litres d'eau pure et à l'employer sans la transvaser.

Dans quel cas est indiquée la diète hydrique?

Quand les vomissements incessants rejettent le lait administré même en très petite quantité. Elle ne peut être continuée plus de trente-six heures sans être dangereuse.

Sous l'influence de ce régime les vomissements cessent, la diarrhée se modifie et on peut revenir alors avec une extrême parcimonie au lait coupé qu'il est prudent d'alterner avec l'eau bouillie.

Je ne dirai rien du lavage de l'estomac et de l'intestin inspiré par une fausse théorie sur les intoxications.

Enfin, les injections de sérum avec les bains complètent cet ensemble de moyens hygiéniques.

Nous n'avons aucune expérience clinique sur ces différents moyens. L'efficacité de notre thérapeutique nous a jusqu'ici permis de nous en dispenser. Nous croyons néanmoins que la diète hydrique peut rendre des services et nous nous servons de l'eau bouillie pour calmer la soif de nos malades.

Abordons maintenant la question pharmaceutique.

L'auteur de l'article que nous analysons dit avec raison que c'est à tort qu'on a vanté les médicaments chimiques et que le meilleur d'entre eux ne vaut rien.

Le *calomel* vanté par quelques-uns dans l'entérite aigue est inutile et même nuisible dans le choléra infantile.

L'*opium* vanté par quelques-uns est banni impitoyablement par Trousseau et Marfan.

Reste le *nitrate d'argent* prôné par Rillet et Barthez et dont il semble ne plus être question aujourd'hui. L'*acide lactique*, le *bismuth* sont réservés pour la convalescence.

En résumé, pour le traitement du choléra infantile dans sa période aiguë c'est-à-dire dangereuse, les médecins de l'école officielle ne possèdent aucun médicament.

Eh ! bien, je crois qu'il n'y a pas lieu d'être fier d'une semblable thérapeutique.

Dans la thérapeutique que nous appelons positive parce-
qu'elle repose uniquement sur l'observation et l'expé-
rimentation, nous avons trois médicaments principaux
contre le choléra infantile : *Ipeca*, *veratrum album*,
arsenic.

L'*Ipeca* est indiqué seulement dans les premières heures
contre les vomissements. Le *veratrum album* est le médi-
cament principal. On doit l'administrer toutes les heures et
même toutes les demi-heures quand le danger est pres-
sant. Si l'amélioration ne se produit pas et surtout, si
après six heures de ce traitement, l'aggravation se pro-
longe il faut alterner Arsenic avec Veratrum (1).

La troisième dilution est celle qui est la plus habi-
tuellement employée. Mais il n'y a aucun inconvénient à
employer de toutes petites doses pondérables : une goutte
de teinture-mère de veratrum dans 125 grammes d'eau
ou 5 centigrammes d'acide arsenieux au centième dans
la même quantité de véhicule.

D^r WAGNER.

(1) Voir pour d'autres médicaments *Maladie des enfants*, par le
D^r Marc Jousset.

SÉROTHÉRAPIE

SÉROTHÉRAPIE DE LA COQUELUCHE.

Le Dr Leuriaux (de Bruxelles) s'est appliqué depuis quelques années à rechercher le micro-organisme de la coqueluche, à l'isoler et à s'en servir pour produire un sérum anticoquelucheux (1).

Voici les différents points de ses recherches.

C'est dans les expectorations et surtout dans les parties les plus visqueuses de ces expectorations qu'il a recherché les microbes de la coqueluche ; voici comment il l'isole.

Les parties visqueuses, épaisses du crachat, sont d'abord mises dans un tube de verre contenant de l'eau stérile, que l'on agite vivement. Après repos, les portions les plus consistantes du crachat sont reprises au moyen de l'anse de platine, soumises à de nouveaux lavages (six et plus) et enfin placées dans un mortier où, additionnées d'une faible quantité de bouillon stérilisé, elles sont triturées.

On liquéfie alors trois tubes d'agar. Onensemence le premier tube avec une anse de la dilution du crachat trituré, et on l'agite longuement. On porte une goutte de ce premier tube dans le second, une goutte du second dans le troisième, puis on verse le contenu des trois tubes dans trois boîtes de Pétri, qui sont mises à l'étuve à la température de 37°.

(1) *Semaine Médicale*, 16 juillet.

À cette seconde partie de la manipulation, on peut substituer la technique suivante, qui rend la numération des colonies et leur différenciation sensiblement plus faciles :

Dans une série de petits ballons en verre, contenant 50 c. c. d'eau stérile, on introduit 1, 2, 3, jusqu'à 10 gouttes de la dilution de crachat trituré après lavages. Avec 1, 2, 3, 10 gouttes de ces nouvelles dilutions, on ensemence des tubes d'agar liquide que l'on agite et verse dans des boîtes de Pétri.

Suivant le degré de dilution des germes, les colonies sont plus ou moins nombreuses, et leur numération plus ou moins aisée.

La bacille que nous avons ainsi isolé se présente sous la forme de bâtonnets, courts, trapus, à peu près aussi larges que longs (comme le colibacille). Sa forme est sensiblement ovoïde, ses extrémités sont arrondies. Dans les mucosités, on le trouve surtout en groupes, constitués d'éléments plus ou moins nombreux.

La mobilité de ce microorganisme et des plus manifestes : à l'examen d'une goutte de culture sur bouillon, légèrement colorée par une solution aqueuse de bleu de méthylène par exemple, elle est très apparente.

C'est un aérobie. Il se colore très bien par la solution de fuchsine phéniquée et prend le Gram, caractère intéressant, car aisément, par ce procédé, nous pouvons déceler sa présence dans les produits d'expectoration.

Ce microbe se développe à la température de 37° sur tous les milieux de culture : plaque de gélatine, tube de gélatine, plaques d'agar (sous forme de petites colonies arrondies, transparentes, d'un blanc jaunâtre), sur pomme de terre (couche visqueuse, épaisse, de coloration jaune doré), sur bouillon peptonisé, sur sérum.

Ce bacille est virulent; les recherches du Dr Leuriaux ont porté sur des lapins, des chiens, des cobayes, principalement sur des lapins, qui lui ont paru très sensibles à l'action du microbe.

En ce qui concerne l'inoculation sous-cutanée, l'injection d'un demi-centimètre cube de culture en bouillon, sous la peau de l'oreille, provoque, au bout de quelques heures, de violents phénomènes d'irritation. L'oreille est brûlante, considérablement œdématiée, de couleur rouge, d'aspect érysipélateux. Quarante-huit heures après l'inoculation, il se forme un abcès volumineux, dont le pus est épais, d'un blanc jaunâtre.

Quant à l'inoculation intraveineuse, l'injection d'un centimètre cube de culture en bouillon, dans la veine marginale externe de l'oreille, amène la mort dans un délai rapide (vingt-quatre à quarante-huit heures). Deux ou trois heures après l'inoculation, l'animal devient inquiet, agité. Peu à peu il s'immobilise. Sa respiration s'accélère; elle est coupée à des intervalles irréguliers par une inspiration brusque et profonde, résultant de la contraction convulsive du diaphragme.

Les membres postérieurs se paralysent bientôt. L'animal s'affaisse. Les membres antérieurs et les muscles thoraciques sont pris à leur tour. La respiration devient irrégulière. Brusquement apparaît une convulsion tonique qui entraîne plus ou moins rapidement la mort.

Les produits de sécrétion de ce bacille déterminent des phénomènes tout aussi graves. Ainsi l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube de bouillon filtré sur bougie provoque la rougeur, la chaleur et l'œdème de la région.

Que l'on injecte dans le torrent circulatoire la même quantité de toxines, la mort se produira dans un temps relativement court.

Pour produire un sérum guérissant la coqueluche, M. Leuriaux s'est servi de procédé identique à celui que le D^r Roux emploie pour immuniser les chevaux contre la diphthérie. Il injecte des quantités graduellement croissantes de bouillon filtré, commençant par 2 c. c. pour arriver en deux ou trois mois à 100-150 c. c. Au bout de trois ou quatre mois, après avoir injecté ainsi en plusieurs fois un litre environ de toxine, il considère l'immunisation comme suffisante et il pratique une saignée d'essai.

Les résultats du traitement sérothérapique de la coqueluche sont des plus satisfaisants.

En effet, si l'on intervient au début de la maladie, les phénomènes de toux spasmodique, le cri, et les vomissements s'ils existent, diminuent rapidement de fréquence et d'intensité, et disparaissent complètement en quelques jours.

Si, d'autre part, la même méthode thérapeutique est appliquée dans les coqueluches graves ou compliquées dont le début remonte déjà à douze ou quinze jours et plus, les mêmes effets favorables s'observent ; mais, dans ces cas, on le conçoit aisément, la guérison complète est plus lente à obtenir.

Au total, notre sérum guérit en quelques jours (cinq à huit) les coqueluches au début ; il agit, sans conteste, comme « adoucissant » dans les coqueluches graves, compliquées, ou traitées tardivement.

Actuellement, les cas de coqueluche où la sérothérapie a été employée par nous s'élèvent à 66. Sur ces 66 faits, nous n'avons eu que 5 échecs.

Quelle est la quantité de sérum qu'il faut injecter ?

Cette quantité varie avec l'âge. A notre avis, une injec-

tion de 5 c. c. suffit pour les enfants de quelques mois à deux ans environ. Au delà il y a avantage à employer 10 c. c. Il est évident qu'il n'existe aucune contre-indication à injecter une deuxième, une troisième dose de sérum lorsque les symptômes s'amendent avec lenteur ; toutefois, quand on prend le mal dès le début, nous avons constaté qu'une seule injection suffisait.

Comme traitement associé M. Leuriaux ne recommande rien, sinon un léger vomitif le matin du jour où l'on doit pratiquer l'injection de sérum.

J'avoue que je ne vois pas bien la nécessité de vomitif destiné à dégager les voies respiratoires et à évacuer par le bas les crachats déglutis.

Nous n'avons pas voulu laisser passer sans le signaler ce nouveau moyen sérothérapique ; nous sommes même disposé à l'employer si des expériences nouvelles en démontrent l'efficacité réelle.

D^r MARC JOUSSET.

SÉROTHÉRAPIE DE LA SCARLATINE.

Le D^r Moser, assistant du D^r Escherich professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Vienne, aurait trouvé un sérum antiscarlatineux.

Voici les renseignements que nous empruntons à la *Semaine médicale* (8 octobre).

Partant de l'opinion — soutenue par divers auteurs, et notamment par M. Denys (de Louvain) — que les streptocoques trouvés dans les différentes maladies constituent autant d'espèces distinctes, M. Moser a cherché à immuniser des animaux au moyen de cultures de streptocoques provenant exclusivement d'enfants scarlatineux. Comme

il n'y a pas de parallélisme entre la virulence des streptocoques chez l'homme et leur virulence chez les animaux, il a renoncé à exalter la virulence de ces microorganismes par le passage sur un animal, de façon à éviter les changements biologiques que l'on peut ainsi provoquer. Il immunisa donc des chevaux en leur injectant des cultures vivantes, sur bouillon, de sang de scarlatineux, et obtint de la sorte un sérum auquel il se croit autorisé à attribuer une action spécifique contre la scarlatine.

L'injection de ce sérum n'a été faite que dans des cas à pronostic grave. Parmi les malades inoculés dès le premier ou le second jour, la mortalité a été nulle ; ceux qui n'ont été soumis au nouveau traitement que le troisième jour ont eu une mortalité de 14,29 p. 100 ; lorsque les injections furent commencées le quatrième jour, la mortalité atteignit 23,08 p. 100 ; elle s'éleva à 40 p. 100 pour les cas traités le cinquième jour et à 50 p. 100 chez les malades injectés le neuvième jour. La marche clinique de l'affection plaide aussi en faveur de l'action spécifique du sérum : la température et la fréquence du pouls subissent en effet, dès le début de la période exanthématique, un abaissement considérable, quasi critique, de sorte que la courbe thermique, pour les cas traités par le sérum, est bien différente des tracés ordinaires ; l'exanthème disparaît bientôt, l'état général s'améliore vite, les troubles nerveux disparaissent. Par contre, les suppurations qui compliquent souvent la scarlatine, de même que la néphrite, ne sont pas toujours évitées : seulement, chez les malades injectés, ces complications sont plus rares et moins graves. Les expériences faites avec d'autres sérums, notamment avec celui de Marmorek, ont fourni des résultats absolument négatifs. Les injections pro-

phylactiques de sérum de Moser ont eu, dans les cas où la maladie n'a pu être prévenue, une action très favorable sur la marche de l'affection.

M. Escherich, auquel je dois les informations présentes, confirme les bons effets du sérum. L'amélioration des symptômes cliniques commence, d'après ses observations, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, et se manifeste surtout du côté des phénomènes toxiques : toutefois il y a des cas réfractaires, ainsi que des malades chez lesquels il faut répéter l'injection. Les succès obtenus par le sérum de Moser, l'inefficacité des sérums provenant d'autres streptocoques, paraissent prouver qu'il s'agit ici d'une action antitoxique. De ce fait on peut, selon M. Escherich, tirer la conclusion que l'agent pathogène de la scarlatine se trouve parmi les streptocoques employés pour l'immunisation.

D'après M. Paltauf, le sérum de Moser a une action agglutinante sur les streptocoques scarlatineux, action qui n'est exercée par aucun autre sérum antistreptococcique. Ajoutons que M. Paltauf nous a rappelé une expérience déjà ancienne de M. Freund, d'où l'on peut tirer une preuve de l'action antitoxique du sérum de Moser : M. Freund a constaté, il y a plusieurs années, que le contenu intestinal et les déjections des scarlatineux sont toxiques pour la souris, tandis que les déjections normales sont dépourvues de toxicité ; or, ce poison scarlatineux, qui se trouve dans l'extrait aqueux du précipité des selles obtenu par le chlorure de zinc, est neutralisé par le sérum de Moser : des souris qui ont reçu de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 centigrammes de ce toxique, additionné de 1 c. c. de sérum, sont restées vivantes et saines ; au contraire, celles auxquelles on a injecté 0 gr. 02 centigr.

de poison pur ont présenté des phénomènes morbides, et celles qui en ont reçu de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigrammes sont mortes de 5 à 18 heures après l'injection.

D^r MARC JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

TUBERCULOME HYPERTROPHIQUE DU CÆCUM.

Dans ces dernières années, on a publié dans les journaux, dans les thèses, on a lu dans les Congrès et dans les Sociétés de chirurgie, un certain nombre de travaux sur la tuberculose du cæcum. Hartmann et Pilliet en 1891, Apert en 1898, Causade et Chabrier, Benoist, Gérard Marchand en 1899 et 1900, doivent être signalés comme les principaux auteurs de ces publications.

Le professeur Dieulafoy, à propos de deux observations recueillies dans son service, a exposé l'histoire de cette tuberculose avec la clarté et l'élégance de forme qui lui sont habituelles (*Semaine Médicale*, 8 octobre 1902).

Le professeur Dieulafoy appelle *tuberculome hypertrophique du cæcum* une tumeur siégeant sur le cæcum dans la partie qui avoisine le colon ascendant, se prolongeant plus ou moins sur cet intestin; cette tumeur, extrêmement lente dans sa marche, détermine un tel épaissement des parois cæcales, qu'elle arrive à former une tumeur volumineuse et indurée, simulant le cancer; le plus souvent elle constitue un type de tuberculose locale.

Anatomie pathologique. — Le cæcum forme une tumeur d'autant plus volumineuse qu'il est souvent entouré d'un

manchon graisseux qui fait corps avec lui. C'est, dit M. Dieulafoy, une sorte de pérityphlite sclérolipomateuse. A la coupe, on constate l'épaisseur énorme des parois du cæcum; ces parois sont lardacées, fibroïdes, présentant de 1 cm 1/2 à 4 centimètres d'épaisseur; la surface interne du cæcum présente des aspects variés, des saillies en forme de piliers et de colonnes, parfois des végétations d'apparence variable et, çà et là, des ulcérations. La valvule iléo-cæcale est tantôt ulcérée, détruite, tantôt indurée et rigide et son orifice rétréci. La cavité même du cæcum peut être le siège d'un rétrécissement.

Les ganglions qui occupent l'angle iléo-cæcal sont volumineux, indurés, caséux. On peut en rencontrer aussi dans le mésentère, près du pancréas, à la région sous-claviculaire et surtout à la région inguinale.

Presque toujours les parois de l'appendice sont envahies; ils sont hypertrophiés et tuberculeux.

L'examen bactériologique démontre la présence du bacille de Koch dans toutes ces lésions.

« La première phase de la tuberculose hypertrophique cæcale est assez obscure; elle se révèle surtout par deux symptômes: la diarrhée et les douleurs abdominales. La diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques; elle n'apparaît pas, il s'en faut, à heures déterminées, à certaine distance des repas; elle augmente d'intensité avec les progrès de la lésion; elle alterne parfois avec des phases de constipation. L'intestin a peu de tendance à saigner; aussi le mélæna est-il beaucoup plus rare ici que dans l'entérite tuberculeuse ulcéreuse. Les douleurs de ventre sont sourdes ou aiguës, continues ou paroxystiques; elles sont peu vives, comme chez notre homme, ou elles éclatent par accès extrêmement douloureux, comme chez

notre femme; elles peuvent irradier à tout l'abdomen, mais se localisent de préférence à la fosse iliaque droite.

En résumé, état douloureux de l'abdomen et diarrhée à longue portée, douleur à la pression dominant à la fosse iliaque droite, troubles gastro-intestinaux, tels sont les signes habituels de la première phase du tuberculome cæcal; pendant six mois, un an et plus encore, rien de précis n'apparaît; le patient peut conserver son appétit et ne pas maigrir, mais « il a mal au côté droit du bas-ventre ». Parfois, cependant, survient un épisode intercurrent : la sténose de la valvule de Bauhin ou le rétrécissement de la cavité du cæcum déterminent des phénomènes de constipation prolongée pouvant aller jusqu'aux symptômes de l'occlusion intestinale.

A un moment donné, on perçoit à l'exploration de la fosse iliaque droite un empâtement, une induration, une tumeur. Parfois même la perception du néoplasme n'est possible que sous le chloroforme. Le siège de la tumeur, ses limites, ses caractères, tout semble indiquer qu'il s'agit d'une tumeur cæcale ou péri-cæcale. Il faut alors faire un diagnostic pathogénique, ce qui est loin d'être facile.

« *Diagnostic différentiel.* — Et maintenant, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les tumeurs de la fosse iliaque droite, tuberculome hypertrophique du cæcum, tuberculome hypertrophique de l'iléon, cancer iléo-cæcal, adénopathies pré-cæcales, tumeurs iléo-cæcales dites inflammatoires, lésions fibroïdes consécutives à l'appendicite, actinomycose appendiculo-cæcale, etc., nous voyons que ce diagnostic différentiel est souvent entouré de très grandes difficultés.

Il est possible néanmoins, dans quelques cas, d'arriver

au diagnostic, surtout quand on peut, par un examen approfondi ou par des renseignements précis, remonter au début de la maladie et en reconstituer l'évolution. Tel individu, par exemple, a eu il y a six mois, un an, et plus encore, un ensemble de symptômes qui ne laisse aucun doute sur une crise d'appendicite. Depuis cette crise d'appendicite, l'attention de votre malade a été appelée vers la fosse iliaque droite : il y porte la main, il y éprouve une sensation de gêne et de tiraillements, il est habituellement constipé ; parfois ont apparu des crises de douleurs intestinales généralisées, qui ont pu faire croire à tort à une entérocolite ; ou bien sont survenus des troubles dyspeptiques (dyspepsie appendiculaire) qui ont appelé indûment sur l'estomac toute l'attention, ou bien encore ce sont des troubles cardiaques, ainsi que je l'ai constaté (cœur appendiculaire), qui ont pu faire dévier le diagnostic en portant toute l'attention sur le cœur. En réalité, c'est de la lésion appendiculaire chronique que vient tout le mal avec ses réflexes multiples. Peu à peu les lésions fibroïdes extra-appendiculaires ont gagné du terrain, des adhérences épaisses et des amas inflammatoires se sont formés, les douleurs sont devenues permanentes, le malade a maigri et, à l'examen, surtout sous le chloroforme, on constate une induration, une tumeur sur la nature de laquelle il faut se prononcer. Une séméiologie bien conduite peut arriver à reconstituer l'entrée en scène et l'évolution de la maladie : il s'agit d'appendicite chronique ; l'opération peut supprimer tous les accidents.

« Voici un autre individu chez lequel le mal a également débuté par la fosse iliaque droite ; mais nous ne trouvons pas ici, comme entrée en scène, un ensemble de symptômes qui permettent de penser à une appendicite.

Les douleurs ont été irrégulières ou tardives dans leur apparition, il y a eu des alternatives de diarrhée et de constipation, les déjections ont été souvent sanguinolentes, l'amaigrissement a été précoce, la tumeur de la fosse iliaque s'est accrue rapidement, des ganglions ont apparu à la région inguinale, le séro-diagnostic est négatif : tout permet de diagnostiquer le cancer.

Chez un troisième malade, la diarrhée et les douleurs ont été dès le début les troubles dominants ; mais l'évolution de la maladie a été plus lente que dans le cas précédent, la perte de l'appétit a été moins précoce, l'amaigrissement a été beaucoup moins rapide, l'accroissement de la tumeur iliaque s'est fait plus lentement, le *séro-diagnostic a été positif* : il s'agit d'un tuberculome hypertrophique du cæcum.

Quant au diagnostic différentiel des autres variétés de tumeurs de la fosse iliaque droite, adénite pré-cæcale, tumeurs dites inflammatoires, actinomyose appendiculocæcale, etc., il n'est souvent possible de l'établir qu'au moment de l'opération ».

Traitement. — Le côté pratique de l'étude de M. le professeur Dieulafoy, sur la tuberculose cæcale est l'indication de l'ablation de la tumeur ; nous l'avons déjà dit, cette tuberculose est habituellement locale, c'est-à-dire qu'elle se développe et qu'elle peut exister longtemps sans complications de tuberculose pulmonaire ; aussi, nombreux sont les cas où l'ablation de la tumeur a été suivie du rétablissement complet et durable du malade. Nous n'hésitons donc pas à conseiller l'ablation des tumeurs tuberculeuses du cæcum toutes les fois qu'il n'existera pas de complications tuberculeuses importantes.

Le professeur Dieulafoy, à l'occasion des lésions tuberculeuses de l'appendice, a trouvé bon de rééditer sa grande théorie du *vase clos* et de la formation du foyer toxi-infectieux de l'appendice. M. Dieulafoy constate que les malades, atteints de tuberculose appendiculaire, ne présentent jamais les symptômes de l'appendicite, ni les terribles complications qui s'y rattachent habituellement. Voici comment le professeur explique ce fait qui est si paradoxal au premier abord : Si les lésions appendiculaires de la tuberculose, comme celles du cancer, sont incapables d'infecter et d'intoxiquer l'économie, comme peut le faire le foyer de l'appendicite, c'est parce que cette dernière affection est un *foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale*. (*Loc. cit.* page 333). Cette phrase soulignée qui résume la doctrine du professeur Dieulafoy sur l'appendicite, contient deux propositions qui sont deux erreurs. Non, l'appendicite n'est pas toujours un foyer clos et des centaines d'observations d'appendicites absolument graves et intoxicantes, avec conservation du canal appendiculaire, ont été publiées. Inutile de rappeler ces observations qui sont de science courante.

Non, l'infection et l'intoxication dues à l'appendicite ne sont pas toujours produites par une flore microbienne intestinale. Si, le plus souvent, c'est le colibacille, microbe de la flore intestinale, qui est l'agent pathogène de l'appendicite, il existe un certain nombre d'observations où d'autres microbes sont les agents pathogènes principaux ; et dans la séance du 10 octobre, la Société des hôpitaux a donné lecture d'une observation dans laquelle le pneumocoque était l'agent pathogène de l'appendicite, et dans cette même observation on note

expressément que le canal appendiculaire n'était point oblitéré.

Mais le siège du professeur Dieulafoy est fait, le colibacille renfermé dans la cavité close contient toute la pathogénie de l'appendicite ; c'est, suivant une expression qu'il a empruntée à la scholastique, le *primum movens*.

Et cette hypothèse organicienne ne permet pas à M. Dieulafoy de voir que l'appendicite, loin d'être un *primum movens*, est le plus souvent le dernier écho et la suite de maladies diverses, entérite, pneumonie et principalement influenza.

D^r WAGNER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. — UN CAS D'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ AU COURS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE. — II. APPENDICITE PNEUMOCOCCIQUE. — III. THYROIDITE POST-PNEUMONIQUE NON SUPPURÉE CHEZ UNE BASEDOWIENNE. — IV. UN CAS DE TÉTANOS TRAITÉ PAR LA MÉTHODE DE BACCELLI.

I

(Séance du 10 octobre). — MM. LOUIS RÉNON et GÉRAUDEL rapportent l'observation d'un malade qui fit, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique, un emphysème cutané qui guérit.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, atteint depuis de longues années (pleurésie à l'âge de 20 ans) de lésions pulmonaires à marche lente. Cet homme, après un premier séjour dans le service du D^r Renon, fut envoyé au sanatorium d'Angicourt, où il séjourna du 4 juillet au 24 décembre 1901. Sous l'influence du repos et de la cure d'air, son poids s'accrut un peu, mais son affection tuberculeuse continua, la fièvre montait à 38 degrés.

Le dimanche 22 décembre, quinte de toux violente, avec douleur très vive, dans la région sus-claviculaire gauche, avec irradiation dans le thorax, et dans les bras surtout à gauche. Depuis ce moment oppression plus considérable.

Le mardi, il quitta Angicourt et s'aperçoit, l'après midi, en boutonnant sa chemise, que son cou a grossi; il entre le soir à l'hôpital avec de la bouffissure de la face.

Le lendemain, en palpant la région du cou, sensation d'une crépitation fine, cédant sous le doigt qui presse et caractéristique de l'emphysème sous-cutané; toute la région cervicale antérieure est envahie et l'emphysème déborde en bas de deux travers de doigt les clavicules, remontant en haut, à droite seulement, jusqu'à la mâchoire, à gauche jusqu'à l'os malaire, s'arrêtant à l'arcade zygomatique. Le menton est respecté. En arrière, la crépitation est limitée par une courbe convexe, allant de l'apophyse mastoïde vers la colonne cervicale; la nuque est tout à fait indemne.

La dyspnée est assez notable; les lèvres un peu cyano-sées.

Les jours suivants l'emphysème augmente et la bouffissure a l'aspect des parotides.

Deux injections d'un centigramme de chlorhydrate d'héroïne et un comprimé d'un demi-centigramme.

Amélioration rapide, de sorte que le 3 janvier 1902, le malade est revenu à l'état normal, l'emphysème a disparu.

La tuberculose continue à évoluer lentement.

M. L. Renon fait remarquer que le plus souvent cette complication est d'un mauvais pronostic; il pense que dans son cas c'est parce que le médiastin a été respecté que la guérison est survenue, que dans tous les cas d'emphysème sous-cutané, soit dans la tuberculose, soit chez les enfants au cours de la coqueluche ou de la broncho-pneumonie, c'est l'envahissement ou l'intégrité du médiastin qui devront entrer en ligne au point de vue du pronostic.

L'indication thérapeutique doit viser la dyspnée, le chlorhydrate d'héroïne, à la dose de 1 à 3 centigrammes dans les vingt-quatre heures, paraît le médicament de choix.

M. GALLIARD est d'un avis différent et disposé à voir dans le cas de M. Renon un emphysème à siège triple, c'est-à-dire sous-pleural, médiastinal et cervico-sous-cutané. Puisque cet emphysème a guéri rapidement, en effet, on doit l'attribuer à la rupture d'un groupe de vésicules ectasiées sans tuberculose, et non pas à la rupture d'un foyer tuberculeux. Il a dû se produire, par conséquent, comme chez les coquelucheux et les broncho-pneumoniques, par le même mécanisme et avec la même localisation. S'il avait succédé à la rupture d'une caverne tuberculeuse adhérente à la paroi thoracique, d'abord il aurait fait son apparition au niveau de cette paroi, ensuite il aurait persisté longtemps; il n'aurait probablement pas guéri.

Quant à l'argument tiré de l'absence de symptômes

d'emphysème médiastinal, il croit qu'il a peu de valeur. En effet, l'emphysème du médiastin est généralement latent; on a beaucoup de peine à en faire le diagnostic. Il l'a constaté à l'autopsie d'une femme morte du choléra en 1892 (il recherchait alors l'emphysème sous-cutané des cholériques), et ce fut une surprise d'autopsie; il n'y avait eu aucun symptôme pendant la vie.

M. RENON, dans un cas d'emphysème sous-cutané intense suivi de mort qu'il a observé récemment, trouvé une dissociation de tout le médiastin par l'emphysème, qui avait fusé par les orifices du diaphragme jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Cette malade avait présenté une dyspnée excessive, de l'œsophagisme, de la douleur rétro-sternale et les signes nets d'une compression médiastinale; aucun de ces symptômes n'ont existé chez le malade dont il a rapporté la guérison.

II

On sait qu'à côté des cas d'appendicite ayant leur point de départ dans une cause locale, on en a rencontré des cas dans le cours de la rougeole, de la grippe, des oreillons, etc. M. FERRIÉRIER vient d'observer une appendicite dans le cours d'une pneumonie.

Il s'agit d'un jeune soldat de 22 ans, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 4 mai 1901; il avait eu une grippe récemment traitée à l'hôpital.

Il était atteint d'une pneumonie bien nette occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit; la mort eut lieu le 10 mai (huitième jour).

Deux jours avant la mort, la douleur du point de côté était très intense et s'irradiait vers l'abdomen, au-dessous des fausses côtes.

A l'autopsie, on trouve l'appendice notablement plus gros ; son extrémité libre est plus volumineuse que son extrémité cœcale, ce qui lui donne un aspect piriforme ; sa consistance est fluctuante ; sa cavité est remplie par deux ou trois cuillerées à café d'un pus crémeux, jaune verdâtre ; pneumonie du poumon droit. Au niveau de la valvule mitrale, petites ulcérations et végétations.

L'examen bactériologique des végétations et des ulcérations décèle la présence de nombreux diplocoques ; le pus appendiculaire contenait de nombreux diplocoques encapsulés ; une souris inoculée avec une goutte de ce pus meurt en trente-six heures ; nombreux diplocoques encapsulés dans la rate.

On a assez souvent signalé des lésions gastro-intestinales dues au pneumocoque dans le cours des pneumonies : gastrites ulcéreuses ulcérations intestinales pouvant amener des hémorrhagies mortelles.

Chez le malade de M. Ferrier, on peut dire que l'appendicite a été latente au point de vue symptomatique, tout au plus si on a pu observer l'irradiation du point de côté vers la partie droite de l'abdomen.

III

(Séance du 17 octobre). — M. LE GENDRE vient d'observer un cas de *thyroïdite post-pneumonique*.

Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, qui était basedowienne depuis sept ans : goître, exophtalmie, tachycardie, tremblement, etc... Elle entra à l'hôpital Tenon le 2 septembre pour une pneumonie du sommet droit qui durait depuis six jours ; défervescence le neuvième jour.

Trois jours après (10 septembre), la malade se plaignait d'avaler difficilement, M. Le Gendre ne trouve pas d'angine ; mais, en palpant le goître, la malade accuse une douleur assez vive tandis que les jours précédents il était absolument indolore.

Les jours suivants la douleur augmente dans les deux lobes latéraux de la glande, la partie médiane étant indolore... La peau est chaude et œdématiée au niveau des parties douloureuses.

La malade a adopté une attitude spéciale qu'on ne peut lui faire quitter qu'en insistant beaucoup et qu'elle reprend aussitôt après, parce qu'elle y trouve du soulagement ; elle est assise sur son lit, la tête fortement inclinée en avant, le menton touchant le sternum.

Du 13 au 15 la situation reste la même ; douleur toujours violente et dysphagie, œdème des téguments du cou. Insomnie, température entre 37 et 38 degrés.

L'état s'améliore rapidement et le 17 septembre (neuvième jour de la thyroïdite) tout est rentré dans l'ordre.

Les recherches de M. Le Gendre lui ont fait rencontrer quelques cas de thyroïdites consécutives à la pneumonie, mais tous ont suppuré (Gérard Marchant, Lebert, Baumann, Hirschfeld, Duguet et Saint-Germain etc).

Il est à remarquer aussi que chez la malade de M. Le Gendre l'inflammation thyroïdienne a duré neuf jours comme la pneumonie de la même malade.

M. GALLIARD a rapporté, en juin 1895, une observation de thyroïdite non suppurée due à la grippe. Chez une malade non basedowienne. Pendant la convalescence, M. Galliard note des palpitations et de la tachycardie, qui disparurent au bout d'un mois.

IV

(Séance du 24 octobre). — M. HENRI CLAUDE a rapporté une observation de guérison du tétanos par la méthode de Baccelli.

A ce propos il rappelle que les traitements préconisés autrefois contre le tétanos donnaient des résultats assez peu encourageants. On avait fondé beaucoup d'espairs sur le traitement sérothérapeutique ; mais celui-ci ne les a pas réalisés. En se reportant au rapport de M. Vallas sur le traitement du tétanos au XV^e congrès de chirurgie (1) on voit que sur 373 cas réunis par l'auteur comme traités par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique, il y a eu 228 guérisons et 145 morts, soit une mortalité de 39 p. 100. Si on tient compte seulement des cas graves, c'est-à-dire ceux où l'incubation a été de moins de dix jours et pour lesquels les chances de guérison spontanée paraissaient devoir être moindres, soit 141 cas, la mortalité a atteint 57 p. 100.

Les infections intra-veineuses et intra-cérébrales donnent des résultats encore moins favorables.

La méthode de Baccelli paraît donner des résultats bien meilleurs. La statistique rapportée par M. Vallas donne 80 cas de tétanos traités par les injections sous-cutanées d'acide phénique avec 72 guérisons et 8 morts, soit une mortalité de 8 p. 100.

Ce traitement a été rarement employé en France ; M. Vallas ne cite que cinq observations. C'est ce qui engage M. Claude à publier son cas.

(1) 20-25 octobre 1902.

Il s'agissait d'un homme de 46 ans entré à l'hôpital Laënnec le 2 septembre pour un tétanos traumatique.

Il s'était piqué le 17 août à la matrice de l'ongle du petit doigt de la main gauche avec un clou rouillé qui était planté à l'extrémité de son établi. Lavage au sublimé; guérison de la plaie.

Le 24 août, se repique au même endroit avec le même clou; aucun soin antiseptique.

Le 29, début du tétanos par trismus et dysphagie; suppuration de la plaie.

Le 2 septembre, faciès sardonique, impossibilité d'écarter les mâchoires; opisthotonos complet: on peut soulever le malade tout d'une pièce en le prenant par les pieds. T. 38°2. 20 centimètres cubes de sérum antitétanique et 8 grammes de chloral en lavement.

Le 3, T. 38°8, même état. Saignée de 200 grammes. Injection de 200 grammes de sérum physiologique contenant 3 grammes d'une solution d'acide phénique à 2 p, 100 trois autres injections de 1 centimètre cube, de la même solution. (0 gr. 12 d'acide phénique dans la journée) 4 lavements alimentaires et 4 lavements avec 2 grammes de chloral.

Le 4, T. 38°2; la contracture paraît avoir un peu diminué. Saignée de 250 grammes, 300 grammes de sérum, 0 gr. 14 d'acide phénique; 10 grammes de chloral.

Le 5, état stationnaire; T. 37°9, saignée de 300 grammes; 300 grammes de sérum; 0 gr. 16 d'acide phénique, 6 grammes de chloral.

Le 6, un peu moins de contracture, mais les crises douloureuses spasmodiques sont plus prononcées; 250 gr. de sérum; 0 gr. 18 d'acide phénique; 8 grammes de chloral.

Le 7, les crises douloureuses ont disparu, trismus, dysphagie, photophobie très prononcés. T. 38°4. Même traitement.

Le 8, même état. T. 39°0 gr. 20 d'acide phénique; 250 grammes de sérum; 8 grammes de chloral.

Le 9. Même traitement. T. 38°2.

Le 10, T. 39°8. Même traitement, on ampute l'auriculaire gauche.

Les jours suivants l'amélioration se fait peu à peu. Traitement identique, puis en diminuant chaque jour l'acide phénique de 0 gr. 02.

Le malade sort guéri le 25 octobre.

M. Claude fait remarquer qu'il a employé les injections phéniquées, concurremment avec la sérothérapie, les saignées et les injections de sérum artificiel; de plus, il a donné largement le chloral, et enfin fait procéder à l'amputation du doigt blessé. Le sérum antitétanique employé à faibles doses ne paraît pas avoir eu une action réelle. Quant aux saignées et aux antinervins, ils ont été employés comme on les prescrivait autrefois et nous savons que la mortalité avec cette thérapeutique était considérable. Or, il s'agissait d'un cas grave, d'un de ces cas qu'on considérait comme le plus souvent mortels: la faible durée de l'incubation, la contracture généralisée, la dysphagie intense, les accès spasmodique, l'élévation de la température, le délire, tous ces symptômes devaient assombrir à juste titre le pronostic. Toutefois on a toujours constaté une perméabilité parfaite du rein. Le bon fonctionnement du rein, qui a permis l'évacuation des poisons en grande quantité devait atténuer la rigueur du pronostic. Enfin la suppression du foyer d'élaboration des toxines a eu une action adjuvante incontestable. Mais

c'est au traitement phéniqué, bien que les doses d'acide phénique aient été peu élevées, que M. Claude tend à rapporter plutôt l'heureuse terminaison de la maladie, sans pouvoir justifier cette opinion par d'autres raisons que l'inefficacité bien souvent constatée, dans les cas de tétanos graves, des traitements d'ordre général mis en œuvre.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. — SUR LES PRINCIPES ACTIFS DU VENIN DE CRAPAUD COMMUN. — II. LÉSIONS EXPÉRIMENTALES DE L'ESTOMAC, D'ORIGINE MÉDULLAIRE. — III. IMMUNITÉ CONTRE LES PIQURES DE MOUSTIQUES, ACQUISE PAR LA MÈRE ET TRANSMISE AU FŒTUS. — IV. PASSAGE DES BACILLES TUBERCULEUX APRÈS INJECTIONS DE L'INTESTIN DANS LES CHYLIFÈRES ET LE CANAL THORACIQUE. — V. NOTES SUR LES LÉSIONS RADICULAIRES ET GANGLIONNAIRES DU TABÈS. — VI. NOTE ET RECLAMATION SUR LE MÊME SUJET PAR M. NAJEOTTE. — VII. TOXICITÉ INTRA-CÉRÉBRALE, POUR LE COBAYE TUBERCULEUX DU LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE, par ARMAND DELILLE. — VIII. RECHERCHES SUR LE RAPPORT DE LA CIRCULATION CAPILLAIRE DE LA PEAU DANS DIVERS CAS PATHOLOGIQUES. — IX. SUR LA DIGESTIBILITÉ COMPARATIVE DU LAIT ENTIER ET DU LAIT ÉCRÉMÉ. — X. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RADIOTHÉRAPIE, par NOGUEIRA-LOBO. — XI. QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'HYOSCYAMINE. — XII. INFLUENCE DE LA MÉDICATION THYROÏDIENNE SUR LE PRURIT DES ICTÉRIQUES. —

XIII. ACTION DU BROMHYDRATE NEUTRE DE QUININE AUX DOSES THÉRAPEUTIQUES ET TOXIQUES SUR LE CŒUR ET LES VAISSEAUX DE LA GRENOUILLE (Séance du 18 octobre). — XIV. LOCALISATION ET ÉLIMINATION DES POISONS MÉTALLIQUES PAR LES ORGANES KÉRATINIQUES DANS LES INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES, par M. MEILLÈRE. — XV. SUR QUELQUES CAS DE RÉTENTION DES CHLORURES, par M. MEILLÈRE.

I

MM. Phisalix et Bertrand ont communiqué à la Société de biologie (12 juillet 1902) le résultat de leurs expériences sur le venin de crapaud. C'est la grenouille qui a servi à étudier l'action de ce venin.

En résumé, le venin de crapaud doit son activité à la présence de deux principes : la *bufotaline* de nature résinoïde, soluble dans l'alcool et peu soluble dans l'eau ; et la *bufoténine*, très soluble dans ces deux dissolvants.

Chez la grenouille, la bufotaline arrête le cœur en systole et la bufoténine détermine la paralysie des membres inférieurs.

II

M. Raphaël Dubois a observé chez deux lapins, dont la moelle avait été coupée au niveau de la 4^e vertèbre cervicale, de petites hémorrhagies de la muqueuse stomacale et de véritables ulcérations analogues à l'*ulcère rond*.

Rappelons que nous avons déterminé plusieurs fois l'ulcère rond de la muqueuse stomacale chez le lapin par le tartre stibié administré par voie d'injections hypodermiques.

III

M. Jean Lépine a communiqué à la Société de Biologie (séance du 19 juillet 1902) une observation démontrant qu'une femme habitant une localité infestée par les moustiques avait acquis une véritable immunité contre ce venin particulier; en sorte que, chez elle, la piqûre de moustique ne déterminait plus ni œdème local, ni douleur, ni prurit, mais seulement une trace rouge très éphémère. Cette immunité n'était pas naturelle chez cette femme, mais elle l'avait acquise progressivement. M. Lépine remarque que d'autres personnes, habitant la même localité, jouissait d'une immunité analogue, tandis que les étrangers qui y séjournaient accidentellement présentaient des lésions inflammatoires très marquées à la suite de piqûres des moustiques.

Mais la partie réellement intéressante de cette observation, c'est qu'une femme grosse et qui avait acquis cette immunité, l'a transmise à son enfant et que cette immunité s'était maintenue l'année suivante.

Cette observation, sans grand intérêt pratique, a au contraire une grande importance théorique puisqu'elle démontre la possibilité du passage de la substance de la mère à l'enfant pendant la grossesse.

IV

Les expériences de MM. Joseph Nicolas et Dercas tendent à prouver la transmission de la tuberculose à travers les parois du tube intestinal, sans lésion primitive de l'intestin, fait visé par Koch dans sa communication au congrès de Londres. Voici comment ont procédé MM. Jo-

seph Nicolas et Dercas. On a présenté à des chiens laissés à jeun depuis 24 heures une soupe grasse contenant de grosses quantités de bacilles de Koch. Trois heures plus tard l'animal était sacrifié, puis à l'aide d'une pipette stérilisée, on recueillait de 5 à 10 centimètres cubes de chyle contenu dans la citerne de Pecquet; on a recherché ensuite, à l'aide des colorations classiques, puis par l'inoculation aux cobayes, à constater la présence du bacille de Koch dans le chyle.

Disons que la plupart du temps les résultats ont été négatifs, mais qu'ils ont été positifs dans quelques cas et qu'en résumé les auteurs sont autorisés à écrire les lignes suivantes.

« En somme, le fait essentiel mis en évidence par ces expériences, c'est que trois heures après l'ingestion de bacilles tuberculeux, le chyle et la lymphe du canal thoracique peuvent parfois renfermer des bacilles et même en nombre suffisant pour tuberculiser le cobaye. »

Les auteurs ajoutent : on voit toute l'importance de ces résultats, même inconstants, dans le mécanisme possible de la tuberculisation d'origine alimentaire.

Réflexion. — Ces expériences fort intéressantes ne font que confirmer celles déjà nombreuses établissant qu'il est possible de transmettre aux animaux la tuberculose par ingestion de viscères tuberculeux ou de lait contenant abondamment le bacille de Koch.

Mais ces expériences, pas plus que les faits enregistrés depuis longtemps dans la science, ne constituent pas une démonstration suffisante de la transmission possible de la tuberculose chez l'homme par la voie gastrique. M. le Dr Jousset dans son livre sur la *Tuberculose, contagion et hérédité*, a démontré qu'il n'existait aucune obser-

vation prouvant la transmission de la tuberculose chez l'homme par l'usage du lait ou de la viande ; il a cité entre autres arguments des faits empruntés au livre du professeur Strauss, faits qui démontrent qu'en Allemagne des populations entières se nourrissent de viande tuberculeuse sans aucun inconvénient ; il est vrai que l'homme est loin d'avoir pour la tuberculose la même disposition que le cobaye et ; qu'ensuite ce ne sont pas les viscères tuberculeux mais les muscles qui servent à la nourriture ; qu'enfin cette chair est plus ou moins cuite avant de servir à l'alimentation.

V

D'un travail malheureusement encore fort incomplet de MM. André Thomas et Georges Ozer, nous pouvons déduire les résultats suivants : la lésion des *fibres radiculaires* est une atrophie qui s'étend de la racine postérieure **jusqu'au** tiers ou à la moitié interne du ganglion postérieur ; le cylindre **axe** subsiste encore après la disparition de la gaine de myéline, **cependant**, il finit par se détruire.

Lésion du système conjonctif des racines. — Ces lésions sont franchement inflammatoires et nous n'avons pas à les décrire.

Lésions cellulaires. — En général les cellules du ganglion sont saines, cependant quelques-unes peuvent s'atrophier plus ou moins complètement.

MM. André Thomas et Ozer ont raison de dire que le tabès ne se localise pas aux racines et aux cordons postérieurs ; il faut y ajouter les lésions des nerfs cutanés, des nerfs musculaires et surtout du grand sympathique.

Cette dernière localisation explique entre autres les lésions osseuses et articulaires propres à l'ataxie locomotrice.

VI

M. Najeotte (séance du 26 juillet), cité dans le travail de MM. André Thomas et Georges Ozer, signale les contradictions de ces auteurs avec eux-mêmes et affirme à nouveau le processus inflammatoire de l'ataxie locomotrice.

Dans leur travail, MM. Thomas et Ozer avaient écrit : « Les altérations inflammatoires méningées et interstitielles sont constantes, mais d'intensité variable. La dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère participent à l'inflammation. »

Pourquoi donc MM. Thomas et Ozer, après avoir constaté plusieurs fois la constance de la lésion inflammatoire, ajoutent-ils : « On ne peut en dire autant de la théorie de Najeotte ; en effet, bien que fréquente, la lésion (l'inflammation) qui est décrite n'est nullement constante. »

M. Najeotte maintient donc son opinion ancienne, qui a toujours considéré le tabès comme lié à une sclérose, c'est-à-dire à une inflammation des cordons postérieurs. M. le D^r Jousset a décrit cette lésion inflammatoire dans ses éléments de médecine pratique et il l'a rapprochée avec raison de la lésion de la paralysie générale décrite par les spécialistes sous le nom de *périencéphalite diffuse*. Il avait déjà reconnu que l'étiologie des deux maladies était la même et, pour bien rendre sa pensée, nous dirons que l'ataxie locomotrice et la paralysie générale des aliénés ne constituent qu'une même maladie différant seulement par leur siège.

VII

Ces expériences consistent à recueillir aseptiquement par ponction lombaire le liquide céphalo-rachidien d'enfant atteint de méningite tuberculeuse ; c'est ce liquide qui est injecté ensuite dans le cerveau de cobayes tuberculeux.

Les cobayes, qui ont reçu ce liquide, meurent souvent en quelques heures, d'autres fois en quelques jours ; d'où M. Armand Delille conclut qu'il existe dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de méningite tuberculeuse, un principe analogue à la tuberculine.

Réflexion. — La tuberculine, à toute petite dose, amène rapidement la mort des cobayes tuberculeux, mais elle augmente constamment la température par son action primitive, ce qui n'a pas été noté dans les observations de M. Armand Delille.

VIII

Nihil novi sub sole ! Ce travail de MM. Hallion et Laignel-Lavastine n'est guère que la reproduction d'un enseignement de Récamier dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. C'est ce qu'il appelait le *pouls capillaire*. Voici en quoi consiste cette manœuvre. L'observateur appuie avec la pulpe du pouce sur la face dorsale du premier espace interosseux du sujet pendant trois secondes, et cela avec une force un peu plus que suffisante pour anémier complètement la peau. De cette pression résulte une tache blanche qui disparaît plus ou moins rapidement, et c'est de la durée de cette tache blanche que se déduit la force ou la faiblesse de la circulation capillaire.

Récamier attachait surtout une importance de pronostic à ce signe. Quand la tache était lente à disparaître, il en concluait que la vitalité était affaiblie et par conséquent que l'état du malade était grave. Nos auteurs attachent la même signification que Récamier au pouls capillaire, seulement ils précisent davantage ; comme l'état de la pression artérielle est un facteur important de ce phénomène, ils écrivent : « Si au cours d'une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, pneumonie, la tache persiste pendant dix à douze secondes, on peut affirmer l'asthénie cardiaque et prévoir la mort probable par le cœur ».

Telle est la seule déduction pratique que nous croyons devoir retenir de cette publication.

IX

MM. Gilbert et Chassevant ont démontré, après de très nombreuses expériences, que le lait entier était plus difficile à digérer que le lait écrémé et ils attribuent fort judicieusement l'indigestibilité relative du lait entier à la crème qu'il contient, parce que, comme toutes les matières grasses, elle retarde la digestion.

Le résultat pratique à retenir de ces expériences, c'est que le lait écrémé devrait être prescrit préférablement dans tous les cas où la digestion est difficile, ce qui ne doit pas faire perdre de vue que le lait complet, étant plus nourrissant que le lait écrémé, devra être préféré toutes les fois que l'estomac sera en bon état.

X

Quelques médecins se sont engoués de la thérapeutique par les rayons X ; on a même eu l'illusion d'avoir guéri des phthisiques par ce moyen. Le travail, dont nous ren-

dons compte en ce moment, prouve qu'il ne faut pas employer inconsidérément la radiothérapie et que la virulence de certains bacilles, du bacillum coli dans ce cas, peut être considérablement augmentée sous l'influence des rayons de Röntgen.

XI

Ces expériences ont été faites sur des lapins et voici les conclusions données par M. Conto-Jardin.

1° L'hyoscyamine à petite dose produit sur le cœur d'abord un ralentissement avec augmentation de l'énergie et consécutivement une légère accélération.

2° L'hyoscyamine diminue les cycles respiratoires et leur amplitude.

3° L'hyoscyamine diminue la quantité de l'urine et augmentec elle de l'urée et de l'acide phosphorique.

Il manque à ces expériences la description des symptômes secondaires.

XII

Tous les médecins praticiens savent quelle est la ténacité du prurit qui accompagne quelquefois les ictères et aussi de l'inefficacité de la plupart des traitements qui lui ont été opposés. Nous ne pouvons donc qu'être reconnaissants envers MM. Gilbert et Herscher de nous avoir fait connaître la thyroïde pour guérir cette affection aussi pénible que désagréable. M. Gilbert administre la glande thyroïde elle-même, un demi-lobe de la glande thyroïde le premier jour et un lobe les jours suivants. Le traitement fut continué dix jours chez une femme atteinte de cirrhose biliaire ; le prurit disparut au bout de quarante-

huit heures ; trente-six heures après la cessation du remède, le prurit est revenu comme auparavant. Le corps thyroïde, administré de nouveau, déterminâ une guérison plus durable.

XIII

Les conclusions seules du mémoire de M. Morel nous intéressent ; les voici : 1° les doses thérapeutiques de bromhydrate neutre de quinine injectées à la grenouille produisent une vaso-constriction marquée et durable des vaisseaux ; et, plus tardivement, une diminution légère du nombre des pulsations cardiaques.

2° Les doses toxiques et mortelles produisent rapidement une vaso-dilatation persistante des vaisseaux et une diminution très marquée du nombre des battements du cœur.

Ajoutons que la vaso-dilatation produite par les doses fortes est précédée d'une courte période de vaso-constriction.

Réflexions. -- Ces expériences confirment deux lois de pharmacodynamie ; la première, c'est qu'un même médicament produit des effets opposés suivant qu'il est administré à forte ou à faible dose ; ainsi les sels de quinine qui à faible dose, produisent la vaso-constriction chez la grenouille, déterminent la vaso-dilatation quand ils sont administrés à dose toxique.

La seconde loi est celle-ci : un médicament administré en une seule dose produit deux effets opposés alternant ; ainsi la forte dose de quinine qui amène la vaso-dilatation permanente des vaisseaux détermine, comme effet primitif la vaso-constriction de ces mêmes vaisseaux.

XIV

Cette communication n'a qu'un seul intérêt pratique, c'est que, dans l'empoisonnement professionnel par le plomb ou par le cuivre, on peut retrouver le métal absorbé plus facilement dans les cheveux que dans les viscères. Ainsi, on a trouvé 1 centigramme de plomb métallique dans 20 grammes de cheveux. Cette recherche peut, dans certains cas contribuer à éclaircir un diagnostic douteux.

XV

Au point de vue clinique, nous dirons la diminution d'élimination des chlorures par les urines ; cette diminution d'élimination des chlorures est déjà, dans plusieurs maladies aiguës, la pneumonie en particulier, un signe pronostic très fâcheux. La communication actuelle a pour but de signaler deux maladies apyrétiques, la colique saturnine et les vomissements incoercibles de la grossesse ; dans ces deux affections, la diminution de l'élimination des chlorures est aussi d'un fâcheux pronostic.

D^r WAGNER.

COMPTÉ RENDU

DU CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Berlin du 23 au 26 octobre 1902

Cette réunion a présenté un caractère fort peu scientifique. Elle semble avoir été organisée dans le but principal de faire briller la nation allemande et de la mettre à la tête de la lutte contre la tuberculose. La mise

en scène a été assez puissante pour que le délégué français ait commis cette flagornerie ridicule : « Le congrès de Berlin a été une véritable révélation, et que les Allemands avaient réussi, en montrant qu'on pouvait se garder et se guérir de la tuberculose, à vaincre en quelques jours l'indifférence à laquelle nous nous étions toujours heurtés ». *Semaine médicale*, n° 44, p. 358.

Ainsi l'initiative d'Armangault, les travaux de Verneuil et de ses élèves, toute cette lutte entreprise et conduite avec persévérance par l'école française, s'éclipse devant la science allemande ; mais passons.

Nous regrettons encore que la première séance ait été perdue à écouter les harangues des *hommes officiels*, à échanger des salutations et des hommages qui donnaient facilement l'illusion d'assister à une de ces petites scènes de l'Extrême-Orient si bien décrite par Pierre Loti :

« Et je te salue — et tu me salues — et je te resalue. Et tu me le rends. — Et je me cogne le front à terre. » (*Sem. Méd.*). Ces allures sont aussi éloignées que possible du sérieux qui convient aux véritables mots scientifiques.

On a cependant fait quelque chose ; voyons un peu le côté scientifique de cette réunion. C'était d'abord la discussion de ce problème posé par Koch au dernier congrès de Londres, à savoir si la tuberculose humaine était transmissible à l'espèce bovine et réciproquement. Deux vétérinaires français, MM. Nocard et Arloing, ont attaqué très franchement cette doctrine et sont parvenus à établir que la transmission entre l'homme et l'espèce bovine était possible. Ont-ils établi qu'elle était facile et fréquente ? Je ne le pense pas. Koch a maintenu, ou à peu près ses premières affirmations, et il a été soutenu par un grand nombre de savants, et je crois que nous devons

encore nous borner à la conclusion que j'avais déjà posée après le congrès de Londres ; que, tout en tenant compte des erreurs provenant de la virulence affaiblie des virus, on ne pouvait point admettre que la tuberculose fût aussi facilement transmissible d'une espèce à une autre que chez les individus de la même espèce ; que, en un mot, la tuberculose humaine se transmettait bien plus facilement à l'homme qu'au bœuf, et surtout que la tuberculose bovine se transmettait difficilement à l'espèce humaine.

L'importance de cette discussion se rattache tout naturellement à la question de la *prophylaxie de la tuberculose* et, en particulier à celle de la transmission de la tuberculose par le lait et la chair des animaux tuberculeux.

Or, si on ne veut pas piétiner sur place et si on veut véritablement arriver à une solution, il faut pourtant tenir compte des faits acquis. Je suis obligé de constater qu'il n'en est rien et qu'il existe dans la science des hommes auxquels leur haute intelligence, leur grande science et leur situation hiérarchique élevée, imposaient l'obligation de se tenir au courant de tous les faits qui intéressent une question qu'ils ont à traiter, et qui cependant, depuis vingt et trente ans, se contentent de répéter ce que je me permets d'appeler de vieilles rengaines.

Rappelons donc, puisqu'il le faut, ces deux questions de la transmission de la tuberculose par le lait et par la viande. Cette transmission n'est possible qu'à cette condition, c'est que le lait soit inoculé sous la peau d'espèces animales particulièrement prédisposées à la tuberculose, comme le cobaye, ou que les bacilles soit ingurgités en grande quantité comme dans l'expérience de ces porcelets nourris avec le lait d'une vache tuberculeuse,

ayant les mamelles tuberculeuse et arrivée à la cachexie; mais, je le répète et j'insiste sur cette remarque, ce sont là des procédés de laboratoire.

J'ai soutenu et je soutiens encore qu'il n'existe aucune observation concluante de la transmission de la tuberculose par le lait chez l'homme; sur ce point, il n'y a dans la science que des anecdotes, depuis le chat de M. Nocard chez lequel on n'a pu faire la recherche de la paternité, jusqu'à la légende du pensionnat de Chartres qu'on a eu l'audace de communiquer à l'Académie de médecine comme un exemple de contamination de 12 élèves par un lait tuberculeux; et quelques semaines après, l'Académie était obligée d'enregistrer les résultats d'une enquête démontrant qu'aucun élève du pensionnat de Chartres n'avait usé du lait de la vache tuberculeuse.

Mais l'anecdote avait produit l'effet qu'on désirait; et aujourd'hui, sans tenir compte du démenti qui l'a suivi, ce fait apocryphe se trouve rapporté comme une preuve de la contagion de la tuberculose par le lait dans un des traités les plus autorisés de pathologie interne.

Le fait de Legroux, dont on a voulu faire une preuve de la transmission de la tuberculose par le lait n'a réellement rien de scientifique; voici une famille de cinq enfants; les ascendants, c'est-à-dire le père et la mère n'offrent aucune trace de tuberculose; quatre enfants, nourris par leur mère, sont restés bien portants; un de ces enfants, mis à l'allaitement mixte, et recevant le lait d'une vacherie dont les animaux étaient sains et dans les meilleures conditions, meurt d'une méningite à l'âge de 10 mois, et *vraisemblablement*, dit Legroux, le lait de ces vaches devait être tuberculeux.

Vraisemblablement est français, mais n'est pas médical;

j'ajoute que le père et la mère de cet enfant, sans avoir été phtisiques, peuvent avoir eu des ganglions tuberculeux, ce qui suffit à l'hérédité; sans compter les grands-parents dont il n'est pas question; et d'ailleurs, quel est le médecin un peu expérimenté, qui n'ait vu dans sa clientèle ce fait d'un enfant envahi par la tuberculose, quoiqu'il ait été soumis absolument aux mêmes influences que ses frères et sœurs restés indemnes.

Et d'ailleurs, M. Nocard lui-même le disait dans ce dernier congrès: le lait qu'on vend dans les grandes villes est tellement mélangé, provient d'un si grand nombre de vaches que les bacilles de la tuberculose s'y trouvent en trop petite quantité pour être nuisible.

Quant à la transmission par la viande, il ne faut pourtant pas oublier tout ce qui a été fait; l'application du règlement de police, appliqué à Lyon et à Bordeaux, n'a eu qu'un résultat, c'est d'occasionner de grosses dépenses à l'administration; les tuberculeux n'ont pas diminué d'une unité. (*Lyon médical*, mars 1891, p. 335).

Strauss, dans son livre sur la tuberculose, rapporte des faits qui ont la valeur de véritables expérimentations. A Wursbourg, sous le contrôle du prof. Lembold et du D^r Hencker, on a permis l'usage de la viande provenant d'animaux tuberculeux aux habitants de certaines localités; cette viande mangée cuite, rôtie, en saucisse et même crue, a été absolument inoffensive; et l'enquête a démontré que les résultats étaient négatifs.

Bollinger a fait une enquête en Bavière sur une population d'équarisseurs qui se nourrissent habituellement de viande tuberculeuse et il a trouvé que la phtisie était plus rare qu'ailleurs. (Strauss, p. 658 et 659).

Qui sait? Peut-être l'usage de la viande tuberculeuse vaccine-t-elle contre la tuberculose?

Les Allemands croient peu à la transmission de la tuberculose par le lait et par la viande, mais, en revanche, ils croient beaucoup à la transmission d'homme à homme.

Deux opinions sont en présence, l'une prétend que la transmission se fait par la *voie humide* et l'autre par la *poussière sèche*.

Ma première remarque c'est que cette question n'en est plus une depuis plus de vingt ans.

Comme pour le lait et la viande, je ferais une remarque préalable pour prévenir les objections des gens qui réfléchissent peu : la transmission par la voie humide, c'est-à-dire par la poussière de crachats suspendue dans de l'eau et pulvérisée, est *constante*. La transmission par la poussière des crachats desséchés n'est possible qu'à la condition que cette poussière pénètre dans les poumons par insufflation ou autrement; or, ces deux procédés sont des procédés de laboratoire. Maintenant, redisons, puisqu'il faut le redire, les expérimentations anciennes et nouvelles sur ce double sujet.

Transmission de la tuberculose par l'inspiration de liquides chargés de bacilles de Koch. — Nous venons de le dire, la transmission de la tuberculose par cette technique est certaine et les espèces animales les plus réfractaires n'y résistent pas. Les expériences de Tappeiner, de Bertaux, de Weichselbaum, de Veraguth, de Koch, de Celli et Guarnieri, de Thaon et de Preyss s'accordent pour démontrer que des poussières tuberculeuses mélangées à de l'eau et pulvérisées dans l'air que respirent les animaux transmettent toujours la maladie, que ces animaux soient des cobayes et des lapins ou même des chiens, des rats, des souris; ces expériences ont encore ceci de remarquable : c'est que la

tuberculose a toujours débuté par le poumon quelle que soit l'espèce animale en expérimentation.

L'opinion de Flügge, une des dernières en date sur la transmissibilité de la tuberculose se rattache, à la même technique. Flügge, après avoir démontré que la transmission de la tuberculose est impossible par les poussières desséchées, a démontré que l'agent de cette transmission était les petites parcelles de crachats et de salive qui constitue une sorte de *spray* autour du phtisique qui tousse et transmet ainsi la maladie. Flügge ne croit pas, du reste, que ce mode de transmission ait une grande importance, et croit qu'on éviterait tout danger en invitant le malade à mettre son mouchoir devant sa bouche quand il tousse !

Transmissibilité de la tuberculose par la respiration de poussières tuberculeuses desséchées. C'est là le grand cheval de bataille des contagionnistes ; cheval de bataille qu'ils s'entêtent à monter sans s'apercevoir qu'il est fourbu depuis longues années.

Sans doute, quand pour transmettre la tuberculose par la poussière desséchée, on emploie les procédés des docteurs Souza et Gallois et qu'on insuffle la poussière à l'aide d'une poire en caoutchouc dans les fosses nasales d'un cobaye, 12 sur 14 meurent tuberculeux et la lésion se localise dans les ganglions trachéo-bronchiques et dans les poumons ; mais cette même poussière tuberculeuse respirée librement par des animaux sains est toujours stérile.

Dans les expériences de Sancti Surenna et Pernis, des crachats de phtisiques desséchés au soleil, finement pulvérisés, furent déposés dans un vase à large ouverture et placés dans la cage des cobayes. La poussière tuberculeuse était soulevée par le mouvement des animaux, l'air était

chargé de bacilles et cependant aucun d'eux ne devint tuberculeux.

Celli et Guarnieri ayant répété leurs expérimentations avec de la poussière sèche n'obtinrent que des résultats négatifs.

Mais les expériences des professeurs Cadéac et Malet (de Lyon) ont été faites sur un si grand nombre d'animaux et entourées de telles précautions qu'elles ont une autorité incontestable. La poussière tuberculeuse employée provenait de crachats desséchés à l'étuve à 30 à 35 degrés ou de poumons tuberculeux découpés finement et desséchés. Cette poussière tuberculeuse fut disséminée à l'aide de petits soufflets dans l'atmosphère de caisses hermétiquement fermées où l'on plaçait chaque jour pendant plusieurs heures un certain nombre d'animaux en expérience. 46 animaux, lapins et cobayes, furent soumis à ces expériences et 2 seulement furent atteints. Pourquoi? parce qu'on avait provoqué chez eux une bronchite expérimentale. Les 44 autres restèrent indemnes.

Et pour que ces expériences fussent absolument démonstratives, MM. Cadéac et Malet avaient le soin de vérifier la virulence des poussières employées par des inoculations sur le cobaye.

Comment expliquer que des expériences aussi nombreuses, aussi concluantes, conduites par des savants compétents, soient restées lettre morte pour un si grand nombre de savants? Halluciné par la doctrine de la contagion, ils répètent à propos du congrès et à propos des règlements administratifs, que la poussière des crachats tuberculeux desséchés est la cause la plus féconde de la transmissibilité de la tuberculose!

Il est vrai que Cornet, venant en aide à cette théorie

vieilles, a institué une expérience dans laquelle des crachats desséchés étendus sur un tapis et mêlés à de la poussière ont été balayés fortement et que des cobayes ayant respiré cette poussière sont devenus tuberculeux.

Cette expérience très incomplète dans ses détails relate néanmoins qu'un certain nombre de cobayes furent soumis à une *inhalation directe*, que les autres étaient libres sur ce tapis couvert de débris tuberculeux, qu'il n'est donc pas démontré que ces animaux *aient respiré librement une atmosphère chargée de poussières tuberculeuses*. Ces vices de technique diminuent beaucoup la démonstration que M. Cornet a voulu faire. Cependant de cette expérimentation nous retenons un fait considérable que M. Cornet n'a pas suffisamment mis en lumière : c'est que lui-même, l'expérimentateur, malgré sa blouse et son capuchon et son masque de ouate, a rapporté de son expérience de nombreux bacilles de Koch logés dans les fosses nasales ; et néanmoins voilà des années qu'il est resté indemne.

Les expériences que nous venons de rapporter, ce que les recherches de Strauss nous ont appris sur le grand nombre de personnes qui possèdent dans leurs fosses nasales le bacille de Koch et ne s'en portent pas plus mal démontrent que l'homme et les animaux qui respirent un air chargé de poussière tuberculeuse desséchée gardent et détruisent les bacilles de Koch dans leurs fosses nasales ; et que ces poussières ne deviennent pathogènes que lorsqu'elles pénètrent dans le poumon à l'aide d'une technique spéciale ou encore, quand elles sont suspendues dans un liquide pulvérisé pénétrant profondément dans les voies respiratoires.

La conclusion pratique à tirer de tout ceci, c'est que la

tuberculose n'est transmissible que par les procédés de laboratoire et que, dans la société, la cohabitation avec les phtisiques ne présente aucun danger.

Cependant, d'après le congrès de Berlin, le dernier mot de la prophylaxie de la tuberculose se résumerait en deux points : 1° la déclaration des malades; 2° leur isolement.

La *déclaration des malades* est un attentat au secret médical; je sais qu'on peut faire des lois qui relèvent le médecin de ce secret, mais il n'y a pas de lois supérieures au droit, or, le malade ou le père de famille qui confie au médecin ses inquiétudes et ses chagrins a le droit absolu au secret; et si une loi veut nous obliger à violer ce secret, elle ne sera acceptée par aucun homme d'honneur.

L'*isolement* est quelque chose de plus dur et de plus cruel; il consiste en somme à déclarer à un enfant, à un ouvrier, à un domestique, à un professeur, à un soldat, qu'il est tuberculeux, c'est-à-dire condamné à mort à assez bref délai; puis, l'isoler, l'empêcher d'étudier, de gagner sa vie, le priver même des soins que des parents apeurés ne voudront plus lui donner; puis, bientôt, on arrivera, en violant sa liberté, à renfermer ce malade dans quelque sanatorium. Et ces mesures injustes et cruelles, cette révélation de la misère des familles étalée en public, toutes ces vilenies qui constituent en ce moment la lutte contre la tuberculose, tout cela repose sur une *opinion* qui n'existait pas hier, qui est aujourd'hui et qui ne sera plus demain.

Un autre inconvénient de cette sorte de rage qui attache un si grand nombre de médecins à des opinions absolument contestables, un autre inconvénient, dis-je, c'est que

cessolutions aussi irréfléchies que passionnées ruinent l'autorité médicale vis-à-vis des gouvernements. Vous demandez à l'administration de prendre des arrêtés aussi ridicules qu'inutiles (comme celui de ne pas cracher dans les rues, par exemple, sans savoir que la lumière même diffuse stérilise les crachats tuberculeux) Ces mesures inutiles que vous provoquez, finiront par démontrer votre incompétence en fait d'hygiène publique et vos conseils ne seront plus même demandés.

La prophylaxie de la tuberculose, sachez-le bien se réduit à un seul point : mettre l'organisme en état de résister aux bacilles que nous portons tous ou presque tous dans nos organes ; ces moyens sont tirés de l'hygiène ce n'est pas ici le lieu de les énumérer.

D^r P. JOUSSET,

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR SAPONARIA OFFICINALIS, PAR LE D^r SCHIER, DE MAYENCE.

Les médecins du XVIII^e siècle en avaient fait un succédané du Senega, et en Suède et en Norvège, cette plante est un remède populaire contre la syphilis.

La Saponine est un Glucoside qui s'extraît non seulement de la Saponaria officinalis, mais encore de Senega, Sarsaparilla, Polygala, Gypsophila, Struthium, Silene inflata et nutans. C'est une substance blanche, cassante, incristallisable, âpre au goût, et soluble dans l'eau en toutes proportions, donnant une écume abondante, inso-

luble dans l'alcool. Absorbée par la bouche, la Saponine, même en grosse dose, n'a aucune action, mais en injections sous-cutanées elle donne des effets locaux et généraux. Autour du point d'entrée se développe une inflammation érysipéloïde, mais plus douloureuse que celle de l'érysipèle ; des douleurs s'étendent au genou et à la hanche, dont les ganglions se gonflent. Sur la peau s'élève une bulle à consistance de cire ; la température, s'élevant subitement, revient en vingt-quatre heures à la normale. Avec cela nausées, vomissements, suractivité de l'intestin et dépression générale. Exophtalmie et strabisme du côté de l'injection.

Bruits abdominaux, ténésme pour aller à la selle, douleurs abdominales, le système nerveux central est très affecté, d'où la dépression et la somnolence. Vertiges accompagnant les vomissements, douleur pressive à la tête et sur les yeux ; céphalalgie aggravée par l'effort cérébral et le mouvement. Les yeux sont fortement atteints ; douleurs dans les nerfs ciliaires, troubles visuels ; les sujets en expérience ont de la difficulté à écrire. Elancements dans le fond de l'œil, faisant penser au glaucome. Raideur de la nuque. Pâleur de la face et du nez. Salivation. Mucosités dans l'œsophage. Langue chargée à sa base d'un enduit blanc jaunâtre, à papilles saillantes. Dysphagie. Gonflement des amygdales. Affection du trijumeau, surtout du rameau dentaire. Les poumons et le cœur donnent des symptômes de l'action du médicament : douleur dans la région précordiale ; pouls accéléré, faible, insaisissable. Faiblesse musculaire, épuisement, grande sensibilité au froid, manifestation, par nombreux symptômes, de l'influence exercée par le médicament sur la moelle épinière.

Les expériences de M. Schier ont porté sur 25 sujets, et prouvent la puissance d'action de la Saponine, dont l'emploi, d'après les principes homœopathiques, mérite d'attirer l'attention.

Le Dr Keppler a essayé sur lui-même, par la méthode sous-cutanée une Saponine (fournie par Merk, tandis que les produits employés par le Dr Schier, comme tous ceux qui servent aux expériences de révision de la Matière médicale, sortent de la maison Schwabe de Leipzig). La dose minimum d'où il part est de 0 gr. 1 et la Saponine tirée non du Quillaya Saponaria, mais de la Saponaria officinalis.

La très grande dépression avec insomnie, l'abattement général accompagné d'une insensibilité tout à fait spéciale avec persistance de la raison, font penser aux affections cérébrales que guérit, il est vrai, ce médicament, mais dont il allège, à l'occasion, les symptômes, dans le cas de tumeurs cérébrales, méningite, œdème cérébral.

La Saponaire a été d'une efficacité particulière dans la syphilis du cerveau, et aujourd'hui encore, en Suède, en Norvège, en Russie, les infusions de cette plante sont réputées comme bon remède empirique de la syphilis. L'action lente de ce produit en légitime l'emploi dans les maladies chroniques.

Les symptômes cérébraux sont précisés par une affection oculaire d'un type tout spécial, névralgie ciliaire à accès subits, élancements de courte durée au fond de l'œil, douleurs violentes avec photophobie extrême, sensation d'un nuage devant les yeux, exophtalmie accentuée avec inflammation grave de la conjonctive et de la cornée.

On constate encore l'existence d'une névralgie du tri-

jumeau et, en première ligne, de la branche sus-orbitaire, avec douleur térébrante et coups dans le front et les joues, surtout à gauche, mais les symptômes oculaires vont aussi à droite. Le pouls est ralenti et l'abattement est extrême avec persistance des phénomènes conscients.

Névralgies des nerfs dentaires supérieurs et inférieurs. Les affections du cœur où Saponaria peut être indiquée ne sont que secondaires, résultat d'états trainants où le sang a été affaibli; l'angoisse due à l'affaiblissement des mouvements du cœur est ici caractérisée. Le ralentissement du pouls correspond aux symptômes généraux des affections cérébrales.

L'inflammation de l'appareil gastro-intestinal, à la suite d'alimentation indigeste, peut bien convenir à l'emploi de notre médicament. La pression douloureuse dans le ventre, la diarrhée avec épreintes et ténésme, sortie bruyante de gaz, est commune à beaucoup de médicaments.

Les symptômes du pharynx et du larynx ne correspondent pas à ce qu'on devrait attendre d'un médicament si voisin de Senega.

Dans les dermatites furonculaire et érysipéloïde, on n'emploie que localement la Saporubrine, (glycoside de la Saponaria rubra); les recherches de Keppler, sur lui-même et sur les animaux, n'ont fait connaître aucune action sur les maladies cutanées du médicament pris à l'intérieur. (*Allg. homoop. Zeitung*, octobre 1902).

TROIS CAS D'ANGIOME GUÉRIS PAR LES MÉDICAMENTS, le D^r KOIN,
de Pforzheim.

I. — L'auteur lui-même avait un angiome sur la joue droite, qu'il prit d'abord pour un bouton d'acné et traita

d'abord par Silicea 6°, Hepar 6° et 30° à doses isolées et rares, puis deux prises d'Hamamelis 30°, et plus tard Ac. fluor. 6°, 30° et une fois 1000°. Il prit encore Phosph. 30° et Sepia 30°, à la distance d'une semaine, puis Thuja 30° et 200°, Tubercul. 30° et 200°, qui sembla augmenter la tendance à l'hémorrhagie. Conium 6°, Psorin 200°, Graph. 30° restèrent sans effet. Il se procura enfin, chez Kittel, Abrotanum t. m. (éthérée-alcoolique), prit pendant trois jours 5 gouttes à la fois de la 3^e dil., six fois; en même temps qu'il badigeonnait la tumeur avec la teinture mêlée d'égale partie d'eau, plusieurs fois par jour. C'est à ce dernier médicament qu'il attribue la guérison de sa tumeur.

II. — Burnett publie deux cas de tumeur, guéris par un seul médicament, la Teinture de Cyprés, 4 gouttes matin et soir dans de l'eau. Chez une dame de 27 ans, une tumeur existait à l'angle interne de l'œil, vasculaire et située sur la paupière inférieure, elle causait un perpétuel larmolement. Après trois mois la tumeur est moins rouge, l'écoulement des larmes a cessé. On donne Selen. 5, 5 gouttes matin et soir et la tumeur jaunit et disparaît.

III. — Sur une enfant d'un an, une tumeur vasculaire siègeant à droite de la colonne vertébrale. Une autre tumeur plus petite, et de même nature, est à la face extérieure de la cuisse droite. On prescrit Thuja 30°, Ferrum phos. 6°, Hamamelis t. m., Phosphor. 1000°, puis, comme la tumeur se réduit, Psorin 30°, Sulfur 30°, Chenopod. 3^e déc., Lycopod. 200°, Merc. 100° et 200°, Syphilin 200°. La tumeur diminue notablement, après Merc. Thuja 30° et 100°, Aurum 12°, Fragaria vesca 12° et syphilin 200°, complétèrent la guérison, qui s'est maintenue depuis l'année 1885.

Il n'est malheureusement pas possible de donner de règle fixe de ce traitement; on peut cependant tracer les règles suivantes : 1° l'emploi des médicaments constitutionnels Sulfur, Thuja, Mercure, Syphilin, Tuberculin à haute puissance; et 2° les médicaments vasculaires : Abrotanum, Hamamelis, Cupressus, Erigeron can., Bellis perennis, Bovista, Fragaria, Sabina, Sanguisug., Thlaspi bursa Pastoris. Mais Abrotanum paraît le médicament répondant aux indications les plus multiples.

L'usage de ces médicaments est une preuve de la vive confiance des homœopathes dans leur thérapeutique, appliquée à des cas qui passent pour n'avoir d'autre traitement que celui du chirurgien.

Ainsi se trouve confirmé ce mot de Hunter : « Ce que j'appelle guérison, c'est un changement de la disposition (du tempérament du sujet), l'action sur cette disposition, et non la destruction des parties cancéreuses. » (*Allg. hom. Zeitung*, nov. 1902).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

APOCYNUM CANNABINUM COMME ANTIHYDROPIQUE

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le D^r L. Hildreth (de Lyons), le chanvre du Canada (*Apocynum cannabinum*) — encore peu utilisé en thérapeutique et que M. le D^r L. E. Goloubinine, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, a préconisé dans les cardiopathies graves — constituerait un moyen très efficace contre les phénomènes hydropiques, surtout lorsque

ceux-ci relèvent d'un affaiblissement général de l'économie (âge avancé, maladies infectieuses ou cachectiques), de l'insuffisance cardiaque, de la présence de varices, etc. M. Hildreth prescrit, en pareil cas, la teinture de chanvre du Canada à la dose de II ou III gouttes, répétée toutes les trois ou quatre heures. Administré de la sorte, ce médicament ne provoquerait aucun accident et amènerait, dans l'espace de quelques semaines, la disparition des œdèmes (*Semaine médicale*, 22 oct.).

Voilà un nouveau médicament employé par nos confrères homœopathes depuis de longues années dans les hydropisies.

LES EFFETS NUISIBLES DES PRÉPARATIONS SALICYLÉES

SUR LES VOIES URINAIRES

Des cas de néphrite avaient déjà été signalés à la suite de l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés; mais comme ces observations étaient peu nombreuses, eu égard à l'usage très répandu des préparations salicylées, on avait invoqué l'existence, chez les malades en question, d'une idiosyncrasie particulière vis-à-vis de ces produits (Van Ackeren). Or, à en juger d'après les recherches récemment entreprises par M. le Dr H. Luthje, privatdocent de médecine interne et médecin en chef de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Greifswald, cette opinion ne serait rien moins que fondée, la médication salicylée déterminant chez tous les sujets des complications plus ou moins appréciables du côté des voies urinaires.

Notre confrère avait, depuis longtemps, maintes fois

constaté un certain degré d'albuminurie à la suite de l'administration du salicylate de soude. Comme dans un de ces cas l'albumine ne tarda pas à disparaître des urines, dès qu'on eut suspendu l'emploi de ce médicament, pour se montrer de nouveau au bout d'une quinzaine de jours, lorsque le traitement fut repris, M. Lütthje institua une série d'essais en vue d'étudier d'une façon systématique l'influence exercée par les préparations salicylées sur les voies urinaires. Ces essais ont porté sur 33 malades atteints d'affections rhumatismales. Avant de commencer le traitement, notre confrère avait soin d'analyser les urines afin de s'assurer de l'absence d'albumine et de toute production pathologique; puis il prescrivait soit du salicylate de soude à la dose quotidienne de 3 ou 5 grammes, prise en trois fois, à une heure d'intervalle, soit du salol à la dose de 1 gramme, répétée trois ou quatre fois par jour. Pendant la durée du traitement, les urines étaient fréquemment analysées et, la médication une fois suspendue, on continuait à pratiquer ces examens tant que la composition du liquide urinaire restait anormale.

Aucun des 33 sujets en question ne fut exempt de troubles urinaires consécutifs à l'usage des préparations salicylées : très souvent, on notait de l'albuminurie, ainsi que la présence, dans les urines, de globules blancs et d'érythrocytes; de plus, on y retrouvait à peu près constamment des formations épithéliales provenant de toutes les parties de l'appareil urinaire, et, d'une façon constante, des cylindres granuleux et hyalins. Il y existait, en outre, presque toujours des cristaux d'oxalate de chaux en quantité. Plus la dose de médicament était considérable et plus rapprochée les prises, plus les phénomènes d'irritation rénale étaient accentués. On avait affaire à

une véritable *néphrite* qui se constituait dès le commencement du traitement et subsistait longtemps après qu'on avait complètement supprimé la médication, et alors même qu'on ne retrouvait plus aucune trace d'acide salicylique dans les urines. En effet, la réaction caractéristique de ce produit (coloration bleue en présence du perchlorure de fer) ne se produit guère dans les urines émises plus de deux à quatre jours après la fin du traitement, tandis que les éléments anormaux précités subsistent, en moyenne, pendant une quinzaine de jours.

A côté des éléments figurés provenant des reins, on trouve, dans les urines des individus soumis à la médication salicylée, des formations d'origine vésicale, et l'examen cystoscopique dénote une irritation intense de la muqueuse de la vessie. Enfin les uretères eux-mêmes participent au processus inflammatoire, si l'on en juge d'après la facilité avec laquelle leur catéthérisme provoque des hémorrhagies.

En présence de ces faits, M. Luthje estime qu'on doit complètement renoncer à l'usage prolongé de toute préparation salicylée et réserver cette médication pour les affections rhumatismales *aiguës*; et encore convient-il de ne pas dépasser la dose quotidienne de 4 à 5 grammes, en ayant soin, d'ailleurs, de ne pas continuer le traitement pendant plus de trois ou quatre jours. — (*Semaine médicale*, 8 octobre).

TRAITEMENT DE LA MALARIA PAR DES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE LIQUEUR DE FOWLER ASSOCIÉE A L'ANTIPYRINE

Dans les cas de fièvre palustre avec splénomégalie, rebelles à la médication cacodylique et à l'arsenic admi-

nistré par la voie stomacale, on a, depuis quelque temps recours à des injections intraspléniques de six à dix gouttes de liqueur de Fowler, diluées dans une certaine quantité (0 c. c. 25 à 0 c. c. 50) d'eau stérilisée. Après avoir employé, sur le conseil de son chef, M. le Dr E. Guérin (médecin des troupes coloniales françaises), ces injections et avoir constaté qu'elles provoquent des douleurs très vives, M. le Dr Couvy a eu l'idée de leur substituer de simples injections hypodermiques, en ayant, d'ailleurs soin de remplacer l'eau stérilisée par une solution d'antipyrine. Ce mode de traitement a donné, entre les mains de MM. Guérin et Couvy, d'excellents résultats. La plupart du temps, une seule injection suffisait pour déterminer une défervescence brusque et durable, tandis que les malades témoins, soumis à la médication quinquine sous toutes les formes connues, continuaient à présenter leur accès quotidien, pendant six à douze jours. On n'eut jamais besoin de faire plus de trois injections pour obtenir un résultat aussi satisfaisant que possible et éviter toute récurrence.

Le procédé adopté par MM. Guérin et Couvy est fort simple et consiste en ceci : on fait bouillir dans un tube à essai, très court, 1 c. c. d'une solution d'antipyrine à 10 0/0, qu'on additionne, au préalable, de six gouttes de liqueur de Fowler ; puis, après avoir assuré l'asepsie de la région sur laquelle doit porter la piqûre (la paroi abdominale est le lieu d'élection), on aspire le liquide au moyen de la seringue, et on l'injecte encore chaud. Le patient ne ressentirait que pendant cinq minutes environ une douleur très légère, qu'on parviendrait, du reste, à diminuer en pratiquant un peu de massage immédiatement après l'injection. La défervescence surviendrait au

bout de cinq à six heures, sans qu'on pût constater le moindre accident.

Il va de soi que la seringue, le tube à essai et le compte-gouttes doivent être soigneusement stérilisés. La dose de liqueur de Fowler est augmentée de 1 goutte à chaque injection. (*Semaine médicale*, 8 octobre).

THYROIDITE AIGUE PROVOQUÉE PAR L'IODURE DE POTASSIUM,
par J. SELLEI.

La thyroïdite aiguë est généralement un processus pathologique bacillaire et métastatique : on connaît des thyroïdites consécutives à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, aux infections streptococciques et à la syphilis. Le cas que relate M. Sellei avait une étiologie moins banale.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, qui avait contracté la syphilis. Après 30 frictions mercurielles, l'auteur lui prescrivit une solution d'iodure de potassium à 5 0/0. La malade n'avait pris encore que deux cuillerées à bouche de cette solution, quand, se sentant très mal, elle fut forcée de faire venir le médecin. M. Sellei constata les symptômes d'un iodisme très intense (coryza, maux de tête, fièvre); en outre, on remarquait une tuméfaction à la région thyroïdienne, causée par le gonflement des deux lobes de la glande thyroïde, sur laquelle la peau était très tendue. La tumeur suivait les mouvements de déglutition et de respiration du larynx; elle n'était pas très sensible à la pression.

Par la suppression de la médication iodurée et l'emploi de moyens antiphlogistiques, on vint bientôt à bout de

la tuméfaction thyroïdienne et des autres symptômes d'iodisme ; la fièvre seule persista huit jours.

Cette femme n'ayant jamais eu de goitre, on dut admettre l'hypothèse de thyroïdite aiguë. On pourrait bien supposer que l'inflammation fut causée par la syphilis, mais l'accident en question était si intimement lié aux autres symptômes d'iodisme, que l'interprétation de M. Sellei — à savoir qu'il s'agissait d'une thyroïdite aiguë provoquée par la médication iodurée — paraît la plus vraisemblable.

Le corps thyroïde n'est pas l'unique glande exposée à s'enflammer sous l'influence de l'iodisme : M. Furth a récemment relaté un cas où deux cuillerées à bouche d'une solution d'iodure de potassium à 5 pour 150 ont causé l'inflammation de la glande parotide. (*Orvosi Hetilap*, 8 juin 1902. — *Semaine médicale*, 15 octobre).

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT HABITUEL PAR LE
CHLORATE DE POTASSE

Nous avons récemment signalé les bons effets que M. le D^r S. Remy, agrégé libre à la Faculté de médecine de Nancy, obtient dans le traitement des avortements à répétition par l'emploi du chlorate de potasse. Ce moyen, préconisé contre les maladies du placenta par Sir James Y. Simpson, est également utilisé depuis de longues années par M. le D^r R. Jardine, médecin en chef de la Maternité de Glasgow. Tandis que M. Remy n'administre le chlorate de potasse qu'à la dose quotidienne de 0 gr. 20 centigrammes, M. Jardine en prescrit 0 gr. 60 centigrammes, répétés trois fois par jour (après les repas), et cela pendant toute la durée de la gestation, à partir de la

fin du troisième mois. Or, malgré l'usage prolongé du médicament à des doses aussi élevées, notre confrère anglais n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident, et il considère l'emploi du chlorate de potasse comme le meilleur moyen prophylactique de la mort habituelle du fœtus dans les cas où la syphilis n'est pas en cause (*Semaine médicale*, 15 octobre).

UN CAS DE GUÉRISON DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ UN
ENFANT

M. Barth (*Munch. med. Woch.*, 27 mai), rapporte l'observation d'une petite fille de 32 mois, atteinte de méningite tuberculeuse à la suite de la rougeole. Les symptômes de cette affection, la marche de la maladie, ne permettaient aucun doute sur le diagnostic : une ponction lombaire démontra la présence du bacille de Koch.

C'est alors que l'auteur se décida, à bout de ressources, à recourir aux émissions sanguines, et fit appliquer, dans l'espace de huit jours, 8 sangsues aux apophyses mastoïdes. Sous l'influence de cette intervention, la température tomba au-dessous de 38°, et cela d'une façon définitive, en même temps que la céphalalgie cessait complètement. On substitua ensuite des enveloppements humides tièdes aux bains avec affusions froides, tout en continuant l'usage de l'iodure de potassium et en pratiquant, sur la tête et sur la nuque, des onctions avec de la vaseline iodoformée. Peu à peu, les symptômes de méningite se dissipèrent ; mais l'enfant conserva encore pendant quelque temps de la surdité et de la cécité psychique, ainsi qu'une faiblesse extrême des membres inférieurs, phénomènes qui finirent par céder à un traitement approprié (liqueur de Fowler

injections sous-cutanées de strychnine, etc.). La durée totale de la maladie avait été d'environ six mois.

Le Dr Barth est porté à faire jouer le rôle le plus efficace aux émissions sanguines, qui agiraient en débarrassant l'organisme des toxines. Aussi, se propose-t-il, à l'avenir, d'associer à ce moyen, en pareille occurrence, les injections hypodermiques de solution physiologique de chlorure de sodium, afin d'activer encore mieux l'élimination des toxines par le lavage du sang (*Semaine médicale*, 27 août).

LA VALEUR DU « VIBURNUM PRUNIFOLIUM » DANS LE TRAITEMENT
DES AVORTEMENTS

Les accoucheurs étant encore loin d'être d'accord sur la valeur du *Viburnum prunifolium* comme moyen de traitement de l'avortement, il nous paraît utile de signaler les bons résultats que ce médicament a donnés entre les mains d'un médecin russe, M. le Dr G. N. Reimer (de Sophiévka), qui s'en sert couramment depuis neuf ans. Contrairement à l'opinion de M. le professeur Frankel, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Breslau, d'après lequel le viburnum ne serait efficace qu'à la condition d'être employé avant l'apparition de tout écoulement sanguin, M. Reimer a été à même de se convaincre que le moyen en question est susceptible de rendre d'excellents services dans les cas où les contractions utérines s'accompagnent d'hémorrhagie, tout comme lorsque ce symptôme fait encore défaut. Notre confrère prescrit l'extrait fluide de viburnum à la dose de XXV à XXX gouttes, répétée quatre fois par jour. Il ne s'est jamais vu obligé de lui associer la morphine pour assurer le succès du traitement. D'après l'expérience de

M. Reimer, le viburnum serait, d'ailleurs, plus efficace que les préparations d'opium et les bromures auxquels on a habituellement recours en pareille occurrence.

Il va sans dire que le médicament dont il s'agit ne peut qu'échouer dans les cas d'avortements répétés dus à une affection constitutionnelle (syphilis) ou à une déviation de l'utérus.

Ajoutons que, suivant la pratique préconisée par quelques confrères allemands, M. Reimer emploie également l'extrait fluide de viburnum contre la dysménorrhée des vierges (à la dose de XX à XXV gouttes, administrée trois fois par jour) pendant la semaine ou les deux semaines qui précèdent les règles (*Semaine médicale*, 6 août).

INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI DU « CACTUS GRANDIFLORUS ».

Préconisé d'abord contre les cardiopathies d'origine nerveuse et, en particulier, contre l'angine de poitrine, le *Cactus grandiflorus* a, depuis lors, été employé indifféremment dans les affections les plus variées du cœur. A son tour, M. le Dr T. Zelenski a récemment expérimenté ce médicament sur un certain nombre de malades hospitalisés dans le service de M. le Dr S. Parenski, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Cracovie, et il a pu se rendre compte que, s'il donne d'excellents résultats dans les affections aortiques, cet agent thérapeutique convient beaucoup moins aux sujets atteints d'une lésion mitrale non compensée. En cette dernière occurrence, on verrait, il est vrai, sous son influence, la dyspnée s'atténuer et la diurèse augmenter, mais cette amélioration serait transitoire et ne s'accompagnerait d'aucune modification appréciable de la circu-

lation sanguine. Il en serait tout autrement pour les affections de l'orifice aortique, alors même qu'il existerait déjà des troubles de la compensation : le *Cactus grandiflorus* régulariserait l'activité du cœur et ferait disparaître complètement l'œdème des membres inférieurs et l'ascite ; il se montrerait surtout utile pendant les périodes où l'on suspend l'usage de la digitale.

En dehors des cardiopathies proprement dites, l'emploi du médicament en question est, d'après M. Zelenski, indiqué chez les individus atteints d'épanchements pleurétiques se résorbant lentement et qui présentent en même temps un pouls faible et des bruits du cœur sourds, ainsi que dans les maladies infectieuses avec phénomènes d'affaiblissement de l'activité cardiaque.

Quant au choix de la préparation, notre confrère s'est surtout servi de l'extrait fluide, trois fois plus efficace que la teinture. Il considère, d'ailleurs, les doses d'extrait fluide qu'on prescrit habituellement (V à XV gouttes) comme insuffisantes et recommande d'en administrer d'emblée XXX gouttes, répétées trois fois par jour. En procédant de la sorte, M. Zelenski n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident ni du côté de l'appareil digestif, ni du côté du système nerveux ; le médicament n'a pas paru, non plus, exercer une action fâcheuse sur le rein. (*Semaine médicale*, 16 juillet.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÉRATIONS INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Ricard communique deux nouvelles observations : l'une lui est personnelle ; il s'agit d'un typhique qui fut opéré pour phénomènes abdominaux graves : douleur,

météorisme abdominal, contracture musculaire, facies grippé, ascension de la température. On trouva le péritoine rempli de liquide sanieux et une masse d'anses grêles recouvertes d'adhérences verdâtres qui, décollées, laissèrent voir sur une des anses une surface érodée d'une pièce de 50 centimes, à rebord cerclé par un bourrelet de fausses membranes, à fond un peu déprimé avec trois ou quatre points rougeâtres saillant, paraissant témoigner de perforations oblitérées par des bourgeons charnus. Enfouissement par deux étages au catgut. Guérison. La seconde observation appartient à M. Hagopoff, de Constantinople : typhique opéré 13 heures après l'apparition des symptômes de perforation. La perforation, du volume d'une lentille, siégeant à 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale, est suturée. Guérison. (*Journal des praticiens*, 5 juillet).

TRAITEMENT DU PROLAPSUS DU RECTUM AU MOYEN D'INJECTIONS DE VASELINE.

Depuis six mois, M. le D^r F. Karewski traite, à la polyclinique de l'hôpital israélite de Berlin, les enfants atteints de prolapsus invétéré du rectum par les injections sous-cutanées de vaseline que M. le D^r R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne, a préconisées comme moyen de prothèse chirurgicale. Voici quel est le procédé adopté, à cet effet, par M. Karewski : quarante-huit heures avant l'intervention, on commence par purger le petit patient ; puis, le soir même qui précède l'injection, on lui administre 1 ou 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, afin d'immobiliser autant que possible l'intestin. Le champ opératoire une fois désinfecté, on procède à la réduction du pro-

lapsus et, après avoir introduit un doigt dans le rectum, on fait l'injection prothétique autour de l'anus, entre la peau et la muqueuse, de manière à doubler le sphincter d'un anneau de vaseline. Après cette petite opération, on continue l'emploi du bismuth et on institue un régime approprié pour éviter qu'il ne se produise une selle pendant les premières vingt-quatre heures.

Notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte 8 enfants dont l'âge variait de 2 à 8 ans, et il n'a enregistré qu'un seul insuccès, dans un cas où la préparation avait été insuffisante et les soins post-opératoires défectueux. Chez les 7 autres patients, la guérison paraît durable, l'intervention datant de deux à six mois. Dans la plupart des cas, une seule injection a suffi pour obtenir ce résultat ; chez 2 malades, l'injection a dû être renouvelée, et chez un autre enfant on fut obligé d'en pratiquer trois. On n'a pas eu à noter d'accidents infectieux, alors même que la défécation se produisait pendant ou immédiatement après l'intervention.

En présence de ces résultats, M. Karewski se demande si le procédé en question ne pourrait pas être appliqué avec le même succès dans les cas de prolapsus du rectum chez l'adulte. (*Semaine médicale*, 16 juillet.)

VARIÉTÉS

QUELQUES STATISTIQUES COMPARATIVES

A l'Illinois State penitentiary le traitement allopathique fut appliqué pendant 10 ans. La moyenne annuelle des prisonniers fut de 13.790 et la mortalité moyenne de 12,6 p. 100. Pendant les dix années consécutive le ser-

vice médical fut confié à des homœopathes. La moyenne annuelle des prisonniers fut de 14.595 et la mortalité se trouva réduite à 8,7.

A la prison de l'Etat du Michigan la mortalité moyenne de trois ans fut 8,9 p. 100 (traitement allopathique); durant trois années où le traitement fut homœopathique la mortalité ne s'éleva qu'à 3,6 p. 100.

Au Middletown State Homœopathic Asylum il fut traité dans l'espace de huit ans 4.712 malades avec une mortalité de 4,06 p. 100 et 50 p. 100 de guérison. Pendant le même laps de temps il fut traité au State Allopathic Asylum de New-York 18.878 patients avec une mortalité de 6,08 p. 100 et seulement 29 p. 100 de guérisons.

Au Cook County Hospital à Chicago, la mortalité moyenne de cinq années fut de 11,88 p. 100. Dans le même hôpital (section homœopathique) pendant la même période de cinq ans la mortalité ne fut que de 9 p. 100.

En 1894 au Massachusetts General Hospital (allopathique) il y eut 603 malades en traitement et la mortalité s'éleva à 9,83 p. 100. Pendant la même année 1.101 malades furent traités au Massachusetts Homœopathic Hospital avec une mortalité de 4,19 p. 100, c'est-à-dire moindre de moitié.

En 1897, pour ces deux mêmes hôpitaux, la mortalité s'éleva à 8,37 p. 100 (allopathique) et seulement à 3,44 p. 100 (homœopathique). (*Journal belge d'homœopathie*).

D^r SAM. VAN DEN BERGHE.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

L'ART MEDICAL

DÉCEMBRE 1902

PASTEUR

ET SON INFLUENCE SUR LA THÉRAPEUTIQUE (1)

Mesdames,
Messieurs,

Vers le milieu du siècle qui vient de finir, un jeune chimiste de l'Ecole Normale attirait l'attention de ses émules par ses travaux sur la cristallisation. Plus tard, quand il eut démontré que la fermentation, attribuée jusqu'à lui à une sorte de putréfaction, n'était point une œuvre de mort, mais au contraire un acte vivant, dont la cause était due à un végétal microscopique auquel on a donné le nom de *microbe* ; devant cette grande découverte, qui venait trancher d'une manière lumineuse un problème jusque-là inutilement agité par les plus grands chimistes, ce ne fut plus de l'attention, ce fut de l'admiration. Mais quand, un peu plus tard encore, appliquant ses connaissances de laboratoire, Pasteur, car c'est de lui que je parle, eut trouvé le traitement de la maladie des

(1) Conférence faite à l'Institut catholique, 3 juin 1902.

vers à soie et, par là, sauvé une de nos grandes industries nationales ; quand on apprit ensuite qu'il avait découvert le traitement de la rage, ce fut alors une auréole de gloire qui le couronna.

Qu'était donc Pasteur ? Quelle a été son œuvre ?

Certainement, on peut dire que Pasteur était un homme de génie ; une de ces intelligences qui voient ce que les autres ne voient pas ; qui démêlent, dans les faits, des rapports, des lois ; et découvrent, créent pour ainsi dire, des vérités nouvelles.

Mais ce qui a fait surtout la force de Pasteur, c'est qu'il avait à sa disposition un instrument puissant, un instrument qui permet de ne pas se tromper dans les sciences physiques, chimiques et biologiques. Cet instrument, c'était la *méthode expérimentale*. Je sais bien qu'Hippocrate a dit : *Experientia fallax*, l'expérience est trompeuse, mais c'était l'expérimentation telle qu'on la connaissait alors. Depuis que Claude Bernard, encore un illustre de notre siècle, a fixé les conditions auxquelles on reconnaît qu'une expérimentation est bien faite, on ne peut plus dire : *Experientia fallax* ; jamais il n'y a d'exception dans la méthode expérimentale : quand deux expériences semblent contradictoires, c'est qu'elles ne sont pas faites dans les mêmes conditions ; et quand on a soin de déterminer avec soin les conditions de chaque expérience, la méthode rencontre toujours la même vérité : c'est ce que Claude Bernard a appelé le *déterminisme*.

Donc Pasteur, armé de cette méthode expérimentale à laquelle il a été constamment fidèle, a eu sur notre thérapeutique une influence énorme et que n'a jamais eue aucun médecin. Je commence par constater ceci, que

Pasteur est une des rares exceptions, parmi les savants, qui n'ait jamais fait un système, qui ne se soit jamais arrêté à une hypothèse. On parle du système de Pinel, de Broussais, de Hahnemann, on ne parle jamais de système de Pasteur ; il n'avait pas de système. Quand Pasteur posait une hypothèse, c'était pour la vérifier ; elle était vraie ou fausse : et quand elle était vraie, ce n'était plus une hypothèse. Voilà donc l'homme dont nous allons examiner l'œuvre vis-à-vis de la thérapeutique.

Je suis malheureusement obligé d'entrer dans quelques explications sur la thérapeutique. Aujourd'hui que le souffle des doctrines matérialistes a passé partout, les doctrines ne sont rien, les idées générales sont ignorées et presque méprisées, en sorte que, pour la thérapeutique, nous ne trouvons pas de corps de doctrine ; nous trouvons des faits à côté les uns des autres, les uns vrais, les autres faux.

Sans l'école de Pasteur, on ne s'occuperait même pas de savoir comment, par quel mécanisme, les maladies guérissent. Vous verrez tout à l'heure que c'est grâce aux travaux de Pasteur qu'on a trouvé le mécanisme de la guérison des maladies. Les médecins parlent sans cesse d'*indication*, c'est un mot qui fait bien dans le discours, mais la plupart ne savent pas ce que c'est qu'une indication et surtout ne s'en servent jamais. Ils sont guidés par un esprit de routine, quelquefois par l'inspiration, alors je plains leurs malades. Beaucoup suivent la mode. Ils y a quelques années, c'était l'acide phénique, et puis ç'a été l'antipyrine, et puis c'est le cacodylate, et puis toujours comme cela ; enfin ce sont de ces hommes que Trousseau a peints d'un mot spirituel : « Ils se dépêchent

de prescrire un médicament pendant qu'il guérit, parce que demain il ne guérira plus. »

Hippocrate a formulé une constitution de la thérapeutique, et l'examen de cette thérapeutique, telle que l'a formulée Hippocrate, sera un excellent canevas pour me permettre de vous fixer les termes de cette science et vous faire comprendre dans quel sens et jusqu'à quel point Pasteur a influencé ses progrès.

La constitution thérapeutique d'Hippocrate comprend un principe général et une méthode : le principe, c'est celui-ci : *la nature guérit les maladies*, *natura medicatrix* : la méthode : ce sont les *lois d'indication*.

Nous allons reprendre toutes ces questions en détail, afin de leur donner leur vraie signification.

Le grand axiome thérapeutique d'Hippocrate, axiome qui a été conservé jusqu'à nos jours et que précisément les travaux de laboratoire ont démontré de notre temps être la vérité, c'est que l'organisme guérit ses maladies. Quand une maladie guérit, elle guérit par un effort de l'organisme. Cette affirmation doit être justifiée et établie sur des preuves incontestables ; il y a une démonstration clinique et il y a une démonstration bactériologique.

La preuve clinique est facile pour le médecin ; il n'y a pas un médecin qui n'ait vu les maladies les plus graves : fièvre typhoïde, choléra, peste, pneumonie, guérir sans l'intervention de l'art, guérir sans l'intervention du médecin. S'il était nécessaire d'avoir une démonstration plus complète, les médecins de Vienne nous l'ont fournie : ils ont voulu savoir si la pneumonie guérissait seule, en traitant les hommes un peu comme nous traitons les cobayes, ils ont laissé les pneumoniques avec de la tisane de gomme, sans leur faire aucun traitement ; ils voulaient

voir s'ils guériraient et dans quelle proportion ils guériraient. Je blâme cette méthode, mais enfin ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Il résulte de ces expériences, qui ont porté sur des centaines de malades, qu'un grand nombre de malades atteints de pneumonie ont guéri absolument sans aucun traitement. Nous avons donc la démonstration clinique de la vérité, de l'axiome d'Hippocrate : *natura medicatrix*, l'organisme suffit à guérir la maladie, en dehors de toute médication.

J'ai dit que nous avons de plus une preuve bactériologique; la voici : si un microbe pathogène pénètre dans l'organisme, aussitôt cet organisme se défend ; des cellules lymphatiques se précipitent au-devant du microbe, l'environnent, l'empêchent de s'avancer plus loin, l'absorbent, le digèrent, le tuent ; en sorte que, la démonstration de l'effort de la nature pour guérir la maladie, existe dans ce qu'on a appelé la *phagocytose*, c'est-à-dire cette propriété qu'ont les cellules vivantes de lutter contre l'ennemi qui vient du dehors, de le détruire pour empêcher la maladie.

De cette idée qu'Hippocrate s'est faite de la maladie et de son mode de guérison, idée qui est la nôtre, et qui est aujourd'hui acceptée généralement, surtout depuis les travaux dont je viens de vous parler, de cette idée découle le rôle du médecin.

Pour Hippocrate, le médecin n'est que l'interprète et le ministre, *minister et interpres*. Il est évident que la nature ayant une tendance naturelle à amener la guérison, le médecin ne peut faire qu'une chose : c'est d'aider cette tendance naturelle ; c'est donc l'interprète. Dans ce sens, il doit comprendre et observer les symptômes, les observer avec sa science de médecin, les comprendre, les hiérarchiser, les interpréter, pour savoir quels sont ceux qui

annoncent la guérison, quels sont ceux qui sont dangereux, et agir suivant cette indication.

Indication ? Les anciens ont donné une définition de l'indication ; je l'ai rappelée souvent, parce que c'est notre code : l'indication est une nécessité évidente d'une action déterminée. Remarquez, il n'y a que quatre mots, mais ils constituent notre règle de conduite. Donc nul chirurgien n'a le droit de faire une opération, nul médecin de prescrire un médicament héroïque, s'il n'y a pas une nécessité évidente d'une action déterminée. Il n'a pas le droit de se mêler à ce drame de la vie et de la mort qui se passe devant lui, s'il n'y a pas une raison évidente d'une action déterminée. Eh bien, cette loi ne s'observe pas tous les jours.

Voilà donc la loi, la règle posée par Hippocrate sur l'indication. Cette loi d'indication est une loi générale, et, pour les indications particulières, Hippocrate divise les indications particulières en deux lois : la loi des *contraires* et la loi des *semblables*. Nous commencerons par la loi des *contraires*, qui est la plus facile à comprendre, que tout esprit saisit facilement et dont les applications sont aussi très faciles.

La loi des *contraires* s'exprime par cette formule : *contraria contrariis curantur*, les *contraires* sont guéris par les *contraires*, et voici le texte même d'Hippocrate, emprunté à la traduction de Littré : « Les maladies sont guéries par leur contraire ; si on connaissait toujours la cause de la maladie, on serait en état d'administrer ce qui est utile, prenant dans le contraire l'indication du remède. »

Vous voyez qu'Hippocrate ne parle pas du contraire de la maladie, ce qui, du reste, est une absurdité ; le con-

traire de la rougeole, c'est l'absence de la rougeole, le contraire de la fièvre typhoïde et de la pneumonie, c'est l'absence de la maladie, ce n'est pas un médicament ; c'est le contraire de la cause qu'il faut chercher ; et c'est précisément en comprenant cet adage comme Hippocrate l'a défini, qu'on est dans la vérité, si toutefois le contraire s'adresse à une *cause connue*,

« Si on connaissait la cause... », dit Hippocrate. Eh bien, quand vous connaissez la cause, vous êtes dans la légitimité de votre action, en appliquant la loi des contraires, et vous allez le voir tout de suite. La loi des contraires s'applique naturellement à la chirurgie : quand un os est déplacé, dans la luxation, d'où vient la douleur et l'impotence du membre ? De ce que l'os a quitté sa place : c'est là la cause de l'affection ; la cause est connue le chirurgien remet l'os à sa place, la douleur disparaît, le mouvement revient. Qu'on ait avalé un corps étranger, qu'il soit dans la trachée, on est menacé d'asphyxie ; la cause, c'est le corps étranger ; on connaît cette cause, ce n'est pas une hypothèse, ce n'est pas une imagination, elle est là, vous ouvrez la trachée, le corps sort, le malade est guéri. Si une artère est ouverte, c'est toujours la même chose, la cause est la rupture de l'artère ou sa blessure ; vous liez l'artère, le malade est guéri. Dans la chirurgie, l'application de la loi des contraires est facile, légitime et toujours couronnée de succès.

La loi des contraires s'applique encore dans ce que nous appelons la médication palliative, celle qui a pour but de détruire un symptôme en particulier et non une maladie : ainsi, l'insomnie, la douleur, la haute thermalité dans les fièvres, voilà des symptômes particuliers ; eh bien, dans ces cas-là, les contraires s'appliquent légi-

timement. Dans la douleur, vous 'donnez de la morphine qui calme la douleur ; dans l'insomnie vous donnez du chloral, parce que le chloral fait dormir ; dans la haute thermalité, vous le savez bien, on donne des bains froids qui combattent le symptôme, c'est vrai, mais qui ne font rien à la maladie. Vous avez beau donner deux cents bains froids à un malade qui a une fièvre typhoïde, cela n'empêche ni la durée, ni les accidents, et j'ajoute que la mortalité est plus grande que par d'autres méthodes, quoiqu'on ait dit le contraire. Eh bien, vous comprenez ce que c'est que la loi des contraires, vous voyez la partie de la thérapeutique où son application est légitime.

Il n'en est pas de même pour l'autre loi formulée par Hippocrate ; cette loi a quelque chose de paradoxal, et elle a étonné toute la tradition médicale. Je vais vous lire le passage d'Hippocrate encore dans la traduction de Littré, parce que, si je lisais dans sa langue, je crois que je n'aurais pas la chance d'être compris : « La maladie est produite par les semblables, et par les semblables qui l'ont faite le patient revient de la maladie à la santé ; ainsi ce qui produit la strangurie qui n'est pas, guérit la strangurie qui est ; la toux comme la strangurie est causée et enlevée par la même chose. » Les semblables guérissent les semblables.

Eh bien, il y avait une difficulté énorme à l'application de cette formule. La loi des contraires, cela marche tout seul, vous connaissez la cause, vous enlevez la cause : *sublatâ causâ, tollitur effectus*, la cause étant enlevée ; le malade est guéri ; mais là, dans les maladies de *cause interne*, vous ne connaissez par la cause et, vous dit Hippocrate : ce qui produit la maladie la guérit. Mais qu'est-ce qui produit la maladie ? La formule de simi-

litude, dont le texte a été donné par Hippocrate, n'est applicable qu'à la condition de connaître l'action des médicaments sur l'homme sain. Une fois (et vous allez voir à quel moment, dans la science, cette connaissance nous est venue) une fois que nous connaissons les actions que produisent sur l'homme sain les médicaments, nous avons là un ensemble, un certain nombre de *maladies médicamenteuses*, si je puis dire ainsi, qui ressemblent plus ou moins à la maladie naturelle et qui peuvent s'appliquer pour guérir cette maladie naturelle. Mais, pour guérir la strangurie ou la toux, il faut savoir ce qui produit la strangurie et la toux. Eh bien, Hippocrate connaissait peu ces choses-là ; cependant il nous a donné un exemple clinique très remarquable ; il a traité le choléra, qui était comme le nôtre, par le veratrum, médicament qui produit aussi les vomissements, la diarrhée, les sueurs froides, et qui, en un mot, donne une image du choléra : mais, à l'exception de cet exemple que je viens de citer, dans toute la tradition médicale on ne trouve pas de cas de l'application de la loi des semblables, parce que, encore un coup, pour appliquer la loi des semblables, il faut savoir la matière médicale expérimentale, et on ne le savait pas. Galien avait bien parlé de la nécessité d'apprendre, d'étudier l'action des médicaments sur l'homme sain ; mais il avait abouti à des enfantillages ; il prenait un médicament, le dissolvait dans l'eau ou l'huile et l'appliquait sur la peau ; il observait ce qui se passait : eh bien, il ne se passait rien ou à peu près ! Ce n'est pas cela une méthode.

En 1796, parut un petit livre de quelques pages, intitulé : *Essai sur un nouveau principe pour découvrir les vertus curatives des médicaments*.

L'auteur rejette de suite comme source de la connais-

sance de l'action des médicaments ce qu'on avait jusque-là admis : la couleur, le goût, l'odeur, la forme ; il dit que ce sont des sources qui ne produisent rien de positif ; il repousse de même la tradition et la légende sur les médicaments ; il repousse même l'expérience qu'on acquiert en donnant un médicament à un malade, parce que, dit-il, quand un malade reçoit un médicament, l'action du médicament n'est pas une action pure, une action expérimentale, cette action est entravée, changée par l'action de la maladie ; et il formule cette règle que, pour connaître l'action positive des médicaments, il faut les essayer sur l'homme sain ; et non seulement il le dit, mais il l'applique. Et, quelques années après, il nous donnait l'histoire de 26 médicaments éprouvés sur l'homme sain.

Cet homme, vous le savez, c'était Hahnemann.

Il est certain, d'un autre côté, que l'expérience des médicaments sur l'homme sain ne peut s'appliquer que jusqu'à une certaine mesure. Si dévoué qu'on soit à la science, on n'a pas envie de prendre de l'arsenic jusqu'à la mort. Hahnemann a alors donné d'autres sources de connaissance des médicaments : ainsi les empoisonnements accidentels ou criminels nous fournissent une quantité considérable de faits sur l'action des médicaments ; puis ce qu'on a appelé les professions insalubres : les gens qui travaillent le plomb, le mercure, le cuivre. Eh bien, l'observation de tous ces faits a produit un ensemble de connaissances qui nous permettent de constituer aujourd'hui l'histoire de plus de 150 médicaments. Cette histoire est composée de symptômes, d'une part, de lésions, de l'autre. Ces symptômes et ces lésions s'enchaînent d'une certaine manière et constituent véritablement, par analogie, des *maladies médicamenteuses*. Ainsi

un saturnin, empoisonné par le plomb d'une manière chronique, ressemble à un malade; seulement la cause de cette maladie est l'empoisonnement par le plomb. Donc, avec cette méthode d'étudier les médicaments sur l'homme sain, nous sommes arrivés à pouvoir appliquer la loi formulée par Hippocrate: *Similia similibus curantur*.

Hahnemann a ajouté une autre condition, c'est que, pour appliquer ces médicaments, il fallait les atténuer. Il est certain que, si vous voulez traiter un vomissement par l'émétique, il ne faut pas donner l'émétique à haute dose. Dans ce même livre qui a paru en 1796, il dit textuellement qu'il faut donner le médicament à dose suffisante pour qu'il agisse, mais pas à dose assez forte pour troubler la marche de la maladie.

J'ai été un peu long sur ces préliminaires, mais il était difficile de parler de Pasteur, de juger ce qu'il avait fait, si les termes; *contraria contrariis*, médecine prophylactique, palliative, vous étaient inconnus et n'avaient pas une signification précise. J'ai tâché de bien déterminer leur signification.

Les premiers travaux de Pasteur ont précisément été régis par la loi des contraires appliquée à la chirurgie et à l'obstétrique, et son intervention a été une chose tellement utile qu'il n'y a pas de mots pour exprimer ce que nous devons à cet homme.

Il a commencé par la chirurgie. Il a découvert que les accidents des opérés et des femmes en couche étaient causés par un microbe pyogène, un microbe qui fait du pus, il y en a plusieurs espèces: *staphylocoques*, *streptocoques*, peu importe pour le moment. Il s'est dit: si j'empêche ce microbe d'entrer dans l'économie, en vertu de la loi des contraires, il n'y aura pas d'accident. Voilà sa

thèse. Et voici en quels termes il s'exprimait vis-à-vis des chirurgiens. Il venait de montrer comment certains microbes se multiplient avec une rapidité excessive dans le corps des animaux, et alors, prenant la parole à propos des opérations, il dit :

« Cette eau, cette éponge, cette charpie (il y avait de la charpie dans ce temps-là) avec lesquelles vous lavez et recouvrez une plaie, y déposent des germes qui, vous le voyez, ont une facilité extrême de propagation dans les tissus et qui entraîneraient infailliblement la mort des opérés dans un temps très court, si la vie ne s'opposait à la multiplication de ces germes.

« Mais hélas ! combien de fois cette résistance vitale est impuissante, combien de fois la constitution du blessé, son affaiblissement, son état moral, les mauvaises conditions du pansement n'opposent qu'une barrière insuffisante à l'envahissement des infiniment petits dont vous l'avez recouvert, à votre insu, dans la partie lésée. Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, pénétré, comme je le suis, des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous ces objets particulièrement dans les hôpitaux, non seulement je ne me servais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais, après avoir nettoyé mes mains avec le plus grand soin, et les avoir soumises à un flambage rapide je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, des éponges préalablement exposées dans un air de 130° à 160°, je n'emploierais jamais qu'une eau qui aurait subi la température de 140 à 150° (en un mot des choses stérilisées, comme nous disons aujourd'hui). Tout cela est très pratique, de cette manière, je n'aurais à craindre que les germes en suspension dans l'air ; mais l'observation nous montre chaque jour que le

nombre de ces germes est pour ainsi dire insignifiant à côté de ceux répandus dans la poussière, à la surface des objets ou dans les eaux communes les plus pures. »

Eh bien, si vous ajoutez à ces paroles, l'action de laver exactement la région à opérer, vous avez toute la technique de la chirurgie moderne, vous avez l'asepsie constituée. Vous voyez qu'elle appartient en propre à Pasteur.

Les femmes en couches ne sont que des opérées. Eh bien, quelque temps après, à l'Académie, et je vais encore vous lire le passage parce qu'il est saisissant, à l'Académie, on discutait, ou plutôt on divaguait sur les causes de la fièvre puerpérale. Pasteur interrompt de sa place, et remarquez que Pasteur (c'est une parenthèse) était un homme timide et qu'il ne se prononçait jamais que quand il était sûr, mais, quand il était sûr, il n'y avait plus de timidité. Il interrompt de sa place : « Ce qui cause l'épidémie, ce n'est rien de tout cela. C'est le médecin et son personnel qui transportent le microbe d'une femme malade à une femme saine », et comme l'orateur répondait qu'il craignait qu'on ne trouvât jamais ce microbe, Pasteur s'élance au tableau noir, dessine des streptocoques et dit : « Tenez, voilà sa figure ». Ce discours n'a pas été long, mais ce discours a couverti presque instantanément tous les accoucheurs. C'était tellement vrai, cela ressortait tellement au milieu des divagations sur les hypothèses d'air renfermé, d'encombrement et toutes les choses auxquelles on attribuait autrefois cette maladie !

Voilà donc ce que Pasteur a fait au point de vue de la prophylaxie chirurgicale. Vous voyez déjà que réellement, n'eût-il fait que cela, c'eût été un très grand homme.

Combien de blessés et d'opérés succombent à la pyohémie ! Rappelez-vous : en 1870, tous nos blessés mouraient.

J'ai vu, dans les hôpitaux, avant Pasteur, des moments où on n'osait pas faire une opération : les chirurgiens tenaient leur bistouri dans leur poche : toutes les fois qu'on faisait une opération, si petite qu'elle fût, les malades mouraient. A la Maternité, il n'y avait qu'un moyen d'arrêter la mortalité, c'était de fermer l'hôpital. Aujourd'hui, quand un blessé meurt, qu'une femme en couche meurt, c'est qu'il y a une faute contre l'asepsie. Personne n'est à l'abri d'en faire, mais on ne doit pas en faire.

Puis Pasteur aborde la médecine ; et quoique ce soit peut-être moins éblouissant que son action sur la chirurgie, au point de vue scientifique c'est beaucoup plus beau ; et vous verrez tout à l'heure que les résultats de ces pratiques sont également très précieux.

Il va falloir, maintenant, empêcher les maladies de cause interne, comme on a empêché les affections chirurgicales. Suivons donc Pasteur dans son laboratoire.

Pasteur ayant trouvé et isolé le microbe pathogène du choléra des poules (je suis fâché que ce soit le choléra des poules et que ce ne soit pas une maladie que vous connaissiez, mais enfin les poules sont malades), Pasteur ayant trouvé et isolé le microbe pathogène du choléra des poules et déterminé un bouillon de culture approprié à la vie de ce microbe, transmettait à coup sûr la maladie, non seulement aux poules mais aux animaux qui, comme le lapin, étaient sensibles à ce microbe. Au milieu de ces travaux, un hasard comme il y en a pour ceux qui ont le génie de l'observation, devait bientôt marquer un immense progrès et préparer une grande découverte, Pasteur ayant inoculé des poules avec une culture vieille de plusieurs semaines fut très surpris de voir que la poule inoculée était malade,

mais ne succombait pas. Il eut alors (et c'est là où était le génie) la pensée d'inoculer ces mêmes poules avec une culture jeune, active, assurément mortelle; les poules résistèrent : les poules étaient vaccinées, immunisées. Pasteur venait de découvrir une chose nouvelle, un moyen d'immuniser, de vacciner contre les maladies. Eh bien, remarquez que c'est de cette première expérience que découle le principe qui a conduit à la découverte de l'immunisation pour le tétanos, pour la rage, pour la diphtérie, pour la peste, pour la fièvre jaune, et peut-être pour la fièvre typhoïde. Vous voyez tout ce que cet homme de génie a trouvé dans un petit fait. Il inocule ces poules avec une culture vieille, cela les rend malades : c'était le vaccin; il les inocule avec une culture active, elles résistent : il a trouvé l'immunisation ! C'est, pour moi médecin, une des plus grandes découvertes qui aient jamais été faites. Eh bien, je vous demande la permission d'insister un peu maintenant sur cette découverte. Ainsi, d'une part, Pasteur emploie, pour guérir et immuniser (nous verrons tout à l'heure que guérir et immuniser, c'est la même chose), le microbe qui a produit la maladie; il applique la loi des semblables, absolument comme Hippocrate; mais, de plus, il faut que son microbe ou sa culture soit atténué, car, sans cela, il ne vaccinerait pas, il tuerait. D'une part, donc, il applique la loi des semblables comme Hippocrate, et il applique l'atténuation, comme Hahnemann. Comment appellerez-vous cette thérapeutique-là? Peut-être que le préjugé et d'anciennes passions vous imposeront silence; mais la vérité et la justice lui donnent un nom : cette thérapeutique s'appelle l'homœopathie, elle n'a pas d'autre nom.

Donc je vous disais que l'immunité et la guérison

étaient deux phénomènes de même ordre. D'abord l'immunité est un changement dans l'état du corps; ce n'est pas autre chose. Quand vous vaccinez soit avec l'ancien vaccin de Jenner, soit avec le vaccin de Pasteur, ce n'est pas le vaccin qui reste dans le corps et qui va lutter contre la maladie. Non. Le sujet n'est effectivement vacciné que le quatorzième jour, alors que toute la substance vaccinante a été éliminée. Ce n'est donc pas la substance vaccin que vous avez mise qui reste dans le corps, encore une fois, pour lutter contre la maladie. Le vaccin produit un changement dans l'organisme; c'est une modification qu'il opère, et cette modification dure alors qu'il n'est plus là. Elle dure plus ou moins. Il y a des cas où elle dure toute la vie, il y a des cas où elle ne dure qu'un mois. Malheureusement, pour la peste, elle ne dure que quinze jours. Ce n'est pas assez. Ainsi l'immunisation consiste dans un changement d'état; la maladie aussi c'est un changement d'état; c'est un fait comparable, mais de plus, dans les cas de maladie par les microbes pathogènes, ce sont les phagocytes qui opèrent la guérison, comme aussi, dans l'immunisation, ce sont les phagocytes qui luttent et qui empêchent l'organisme immunisé, vacciné, d'être de nouveau atteint par la maladie.

Enfin, si on avait besoin d'une ressemblance de plus, souvent, pas toujours, mais souvent c'est le même sérum qui peut vacciner et guérir. Dans la diphtérie, le sérum de Roux vaccine et guérit; dans la peste, c'est le même sérum; dans la fièvre jaune aussi. Dans le tétanos, ce n'est pas cela, mais enfin il y a des cas où c'est le même sérum qui guérit et qui préserve.

Eh bien, résumons un peu ce que je vous ai dit. L'œuvre de Pasteur se divise en deux grandes parties : les ré-

sultats pratiques et les résultats doctrinaux. En pratique, vous l'avez vu, Pasteur a rendu la chirurgie inoffensive, il a supprimé les accidents de blessures, les accidents des opérations et des accouchements, les accidents qui tuaient un grand nombre d'existences. Maintenant, pour les maladies de cause interne, qui ne sont pas de la chirurgie, les pratiques empruntées aux enseignements de Pasteur et de ses élèves ont amené une grande diminution, pour ne pas dire la disparition complète des maladies infectieuses. Vous voyez, la peste est venue déjà deux fois à Glasgow, elle a été circonscrite. Il y a cent ans, quand elle était dans une ville, tous les habitants étaient pris, l'épidémie s'y développait. Aujourd'hui, elle ne se développe pas. Vous me direz qu'il n'en est pas ainsi dans l'Inde, mais ce n'est pas un pays où on applique ni la vaccination, ni les désinfections, ni les isolements ; mais, dans les pays civilisés où on peut appliquer la technique des méthodes données par l'école de Pasteur, dans ces pays-là, aujourd'hui, la peste ne se développe pas. Le choléra lui-même, depuis un certain temps, a fait son apparition en France plusieurs fois, mais il a toujours été localisé dans certaines contrées, dans certains villages, dans certaines localités ; il ne s'est pas étendu, comme il faisait autrefois. La fièvre typhoïde est en décroissance ; dans les pays où on a pu donner des eaux de boisson pure, des eaux de source, des eaux qui ne sont pas contaminées, eh ! bien, la fièvre typhoïde a presque disparu ; et si, à Paris, elle reparait encore, c'est que nos eaux ne sont pas bien conservées. Il est possible, je ne dis pas que ce soit sûr, mais il est possible que, si nous avions des eaux pures, la fièvre typhoïde disparaîtrait. Elle est revenue depuis quelques années, parce que les eaux de

nos sources ont été contaminées. Dans tous les cas, si la fièvre typhoïde n'a pas été anéantie et n'a pas disparu, elle a été considérablement diminuée. Je vous ai parlé du choléra et de la peste..., eh bien, la fièvre jaune, dans les pays de l'Amérique du Sud, a été aussi très limitée par la vaccination, qui a été pratiquée par Sanarelli, un élève de Pasteur.

Quant à l'influence doctrinale de Pasteur, elle se résume ainsi : il a, plus que personne, donné à ces deux lois d'indication de la thérapeutique : la loi des contraires et la loi des semblables, leur place légitime ; il la leur a donnée avec une autorité qu'elles n'avaient pas avant lui, parce que l'autorité clinique n'est rien auprès de l'autorité du laboratoire. Un fait de laboratoire a une autorité qu'on ne conteste pas, parce que tout le monde peut le répéter : cela se répète toujours de la même manière. Quand on vous donne une preuve de laboratoire, c'est une preuve certaine, tandis que la preuve clinique est toujours une preuve contestable. Eh bien, c'est à cause de cela que l'intervention de Pasteur pour fixer la valeur et la place légitime des deux lois des contraires et des semblables a été efficace et décisive.

Nous pourrions donc aujourd'hui répéter cet axiome de Bouchard, ce desideratum qu'il a posé et qui n'est plus guère aujourd'hui un desideratum : « Savoir ce que i'on fait et pourquoi on le fait, voilà la perfection en thérapeutique. » Eh bien, quand j'applique la loi des contraires, là où il y a une cause saisissable, en chirurgie et en médication palliative, je sais ce que je fais, et je sais pourquoi je le fais. Quand j'applique la loi des semblables là où on ne peut pas saisir la cause, mais quand j'applique un médicament connu par les expériences sur l'homme

sain, je sais ce que je fais, je sais la valeur de l'instrument que je manie, et je sais ce qu'il peut produire. De plus, je sais pourquoi je le fais, parce non seulement la clinique mais le laboratoire me démontrent que les semblables guérissent les semblables ; et si, dans la bouche d'Hippocrate, cela semblait une assertion bizarre et paradoxale, dans la bouche de Pasteur, il n'en est plus ainsi. C'est la rage qui guérit la rage, le choléra qui guérit le choléra, la diphtérie qui guérit la diphtérie, la fièvre typhoïde qui guérit la fièvre typhoïde : les semblables guérissent les semblables. Donc, maintenant, en appliquant la thérapeutique rendue ainsi claire et positive par Pasteur, je sais ce que je fais et pourquoi je le fais.

En résumé, la thérapeutique que je viens de vous exposer à propos de Pasteur, c'est, dans le passé, la thérapeutique d'Hippocrate ; dans le présent, la thérapeutique de Pasteur, la thérapeutique des laboratoires, la thérapeutique positive ; eh ! bien, j'espère que, dans l'avenir, ce sera la thérapeutique de tous les médecins qui veulent bien prendre pour guide la méthode expérimentale (*Longue salve d'applaudissements.*

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

TUBERCULOSE AIGUE. — TIC DOULOUREUX. — PNEUMONIE

La première observation que nous publions, observation de tuberculose aiguë, a surtout un intérêt de diagnostic. La thérapeutique a été, comme toujours dans ces cas, absolument inefficace. Mais dans la pratique nous croyons qu'il est très nécessaire, dans les cas d'incurabilité absolue de pouvoir présenter de bonne heure un diagnostic ferme, qui sauvegarde absolument la responsabilité du médecin. C'est pourquoi nous publions cette observation dans tous ses détails.

Tuberculose aiguë, pneumonie, méningite, mort au bout de six semaines. Injection d'argent colloïdal.

27 ans. Cuisinière.

Est rentrée à l'hôpital Saint-Jacques le 28.

Par son aspect général la malade a l'air abattue, indiquant comme un état de stupeur, ayant peine à répondre aux questions qui lui sont posées ; la température est de 39.5 la respiration accélérée, haletante, le pouls rapide et fuyant marque 104 pulsations à la minute. Le facies rouge congestionné, anxieux, indique un état d'oppression marquée.

La malade se plaint de violentes douleurs dans les reins, et d'un violent mal de tête ; elle tousse peu et ne crache pas, la langue est sèche.

La malade urine bien. Ses règles sont normales. Elle

est en général constipée; mais ne se plaint pas de son ventre. On examine ses poumons.

A l'inspection rien à signaler.

La palpation indique une légère augmentation des vibrations thoraciques à la partie postérieure du thorax, à droite et au milieu.

La percussion ne donne rien de particulier. On entend à l'auscultation du râle crépitant à l'inspiration dans toute la moitié droite du thorax, avec un foyer particulièrement marquée derrière près du bord spinal de l'omoplate. A ce même endroit un peu plus haut un léger bruit de souffle mal défini se fait entendre.

Les antécédents personnels de la malade sont intéressants.

A 6 ans une bronchite, depuis elle a toujours toussé un peu.

Elle n'a été réglée qu'à 18 ans, jusqu'à cette époque elle a été éprouvée par de continuels malaises qu'elle ne peut localiser ni définir, fatigues générales, douleurs lombaires, maux de tête, pas d'appétit, nervosisme.

Dès l'apparition de ses règles, son état général est devenu meilleur : elle a pu travailler.

Il y a trois semaines sortant de sa cuisine où il faisait très chaud elle a senti un frisson léger, suivi bientôt d'une courbature, de maux de tête, enfin d'abattement général. Cependant la malade a pu continuer à travailler, sans appétit, dormant mal, avec des sueurs nocturnes, toussant souvent, surtout la nuit.

Ce n'est qu'au bout de huit jours de cet état qu'elle a dû venir à l'hôpital.

Depuis le jour de son entrée la température s'est maintenue aux environs de 40° avec rémission légère, le matin

le pouls est d'abord descendu à 76° puis est remonté ensuite jusqu'à 120 où il semble vouloir se maintenir. La respiration s'accélère par moment au point de déterminer de véritables crises de dyspnée ; 4 ou 5 fois nous fûmes appelés près de la malade dont le cœur faiblissait, irrégulier, battant par saccade pour s'arrêter ensuite un temps notable le pouls à ce moment subissait une dépression marquée, petit, fuyant et retardé. Injection de caféine.

Traitement. — On a d'abord administré Bryone ; au bout de trois jours la malade fut moins oppressée, le bruit de souffle disparut, les râles s'accrochèrent davantage au sommet.

La malade fut moins oppressée, cet état dura quarante-huit heures, puis de nouveau le souffle fit son apparition, gagnant le sommet droit.

Au 1^{er} décembre cette femme présentait un état local et un état général : l'état local très net caractérisé par une hépatisation du poumon droit, marquée surtout au sommet et occupant la presque totalité du poumon en décroissant du haut en bas. Au sommet souffle bien net ; dans le reste du poumon, râles crépitants :

Râles fins, égaux, à l'inspiration ; présentant plusieurs foyers où les signes sont plus intenses, à l'angle inférieur de l'omoplate par exemple.

Côté gauche indemne. En même temps existait un point de côté assez intense, de la toux, une expectoration sanguinolente présentant des pneumocoques. Dyspnée assez marquée.

Etat général. — Mouvement fébrile rémittent. Pouls fréquent, très faible, difficile à compter. Diarrhée cinq ou six selles par jour, ni taches ni gargouillements, rate un peu hypertrophiée.

Cette malade prenait Bryone et Ipéca (6°), puis phosphorus (6°) à partir du 2.

Le 3, dans la soirée et dans la nuit elle fut prise d'accès de dyspnée, extrêmement violents, déterminant un commencement d'asphyxie avec lèvres violacées. Cet accès d'une durée de quelques minutes nécessitèrent l'application de ventouses sèches. Le lendemain matin, prenant pour indication la rémittence de la température, on donne un gramme de sulfate de quinine. Sous l'influence de ce médicament la température s'abaisse jusqu'à 37.6, mais la dyspnée persista.

Considérant la faiblesse du pouls et la diminution très notable des bruits du cœur, nous avons prescrit digitaline (3° dil. au 10°) X gouttes et en même temps arsenic (3° trit.), 0.20 à alterner dans les vingt-quatre heures.

La digitaline, fut continuée pendant quelques jours et l'arsenic remplacé par Ipéca (0), puis par l'émétique (3° trit.).

Les accès de dyspnée qui revinrent les premières nuits étaient traitées par une injection de caféine.

Les accès de dyspnée diminuèrent progressivement, mais le mouvement fébrile augmentait, il atteignait 39°5 le soir et 39°1 le matin, étant presque continu; la dyspnée habituelle atteignit jusqu'à 57 respirations pour revenir quelques jours après à 43. Le pouls plus fort par digitaline, battait 125 fois.

Malgré la netteté de la lésion pulmonaire le diagnostic restait incertain; cette hépatisation, au lieu de débiter brusquement avait été précédée de près de quinze jours de malaise.

L'aspect de la malade contrastait avec la gravité des symptômes. La figure était souriante, elle parlait volon-

tiers, s'asseyait facilement pour se laisser ausculter. La durée même de l'hépatisation avait depuis bien des jours dépassé la durée de la pneumonie classique, il s'agissait donc très certainement d'une pneumonie symptomatique.

Symptomatique de quoi ?

Ce n'était point de la fièvre typhoïde dont elle ne présentait aucun symptôme. Était-ce l'influenza, beaucoup de raisons auraient pu justifier ce diagnostic, quoique la recherche des bacilles de Pfeiffer ait été infructueuse.

Cette pneumonie était tuberculeuse, et la présence du bacille de Koch dans les crachats leva tous les doutes sur ce point ; du reste, la localisation plus marquée au sommet, l'envahissement du côté gauche qui a commencé les derniers jours, le caractère rémittent du mouvement fébrile et surtout cette dyspnée habituelle avec accès asphyxiques, se rapprochent de la phthisie aiguë.

A partir du 12, nous avons prescrit Aviaire (6° dil.).

Le 15, l'aspect de la malade se modifie en même temps que les signes stéthoscopiques, la toux et la dyspnée diminuent considérablement, la malade est prise de somnolence diurne, avec rêvasseries la nuit ; elle est couchée sur le côté en chien de fusil ; elle sourit quand on lui parle, et dit qu'elle se trouve mieux : elle désirerait même manger et peut prendre du potage ; cependant sa température est au-dessus de 39° ; à ces signes, nous reconnaissons la méningite tuberculeuse avec cette forme latente qu'elle affecte quand elle se développe dans le cours d'une autre maladie. Le décubitus de la malade, son expression de figure exclut tout à fait et l'idée d'une fièvre typhoïde, et celle d'une pneumonie. Du reste, en essayant d'asseoir la malade, on perçoit le signe de Koernig, et bientôt les selles involontaires viennent confirmer le diagnostic.

Cependant, la vie continue ; la température se maintient à 39° sans oscillations. Le 21 et le 22, nous essayons de faire des injections d'argent colloïdal, qui n'ont pour effet que d'abaisser un peu la température. Le 23, voyant la malade très affaissée, langue sèche, diarrhée, nous prescrivons Arsenic (3^e) alternée. Cependant, nous arrivons à la 6^e semaine de la maladie.

La malade continue à maigrir, à s'affaiblir ; elle est toujours dans la même attitude ; aspect souriant ; évacuations involontaires, faciès rouge, langue plus humide, elle meurt le 26 au matin,

Réflexions. — Cette malade nous a été présentée comme atteinte de pneumonie, mais en raison des longs prodromes qui avaient précédé cette maladie, de l'absence des signes classiques et du début brusque de la pneumonie franche, nous nous sommes de suite préoccupés de chercher le diagnostic véritable de la maladie. Ici la pneumonie ne pouvait être qu'une éffection. La maladie était-elle la fièvre typhoïde, la grippe ou la tuberculose ? Les crachats ne nous ont pas fourni une culture de bacilles de Pfeiffer. Un léger gonflement de la rate nous a fait penser à une fièvre typhoïde, il n'y avait ni diarrhée ni taches lenticulaires ; de plus, la courbe thermique avait le caractère absolument rémittent. Cette circonstance nous a porté à rechercher le bacille de Koch, et nous en avons trouvés de très nombreux dans les crachats. Le diagnostic était posé.

La pneumonie semblait évoluer vers la résolution, l'état général n'était pas plus grave, quand nous avons vu se développer peu à peu un nouveau tableau symptomatique.

La malade couchée en chien de fusil dans un état de

somnolence habituel, dont elle sortait facilement pour répondre aux questions, se trouvait toujours mieux, souriant; quand on l'asseyait pour l'ausculter, on pouvait constater le signe de Koernig. La méningite faisait son invasion, avec cette forme calme et presque latente de la méningite tuberculeuse qui survient dans le cours d'une maladie. Ici point de maux de tête, arrachant des cris, point de constipation, point de paralysie des pupilles des vomissements, tout s'est résumé dans la somnolence le jour, des rêvasseries la nuit, bientôt des évacuations involontaires, un amaigrissement progressif, et enfin la mort au bout de six semaines de maladie.

Voici maintenant une observation beaucoup plus consolante pour la thérapeutique : c'est un cas de tic douloureux de la face, vieux de plusieurs années et presque entièrement guéri par le mezereum.

Tic douloureux de la face. — Mme X., âgée de 56 ans, d'une bonne cause habituelle, souffrait depuis plusieurs années d'un tic douloureux. La douleur occupait le rameau sous orbitaire droit et s'irradiait pendant les accès dans les rameaux du temporal. La douleur à éolat fulgurant, séparée par des rémissions complètes, était excitée par les mouvements de la mâchoire, pour manger et surtout pour parler; à son entrée à l'hôpital les accès reparaissaient même sans aucun mouvement et étaient calmés par une large pression que la malade exerçait instinctivement avec sa main.

Entrée le 5 novembre 1902, elle fut couchée au n° 52 de la salle. D'abord on lui donne le bleu de méthylène 0 gr. 05. Cette dose portée à 0 gr. 10 au bout de 5 jours fut continuée jusqu'au 12 septembre. Sous l'influence de ce médicament les accès furent plus espacés.

Le 12 novembre cette malade fut mise à l'usage du Mezereum (6° dil.) X gouttes par jour; ce médicament fut choisi à cause de l'aggravation produite par le mouvement de la mâchoire.

Cette dose fut continuée jusqu'au 23, c'est-à-dire 12 jours, avec une amélioration marquée et progressive.

Le 24 novembre on prescrivit la 3 dil. X gouttes qui fut continuée jusqu'au 9 décembre la malade se trouvant beaucoup mieux.

A cette date on essaya la 3° trit, 0 gr. 10, puis le 17 du même mois la 30° et la 12°; l'amélioration nous sembla faire les progrès plus sensibles avec les délutations élevées et la malade quitta l'hôpital le 31 décembre considérablement améliorée ayant à peine quelques douleurs.

Maintenant une observation classique d'une pneumonie guérie le 9° jour.

Pneumonie, traitée par Bryone et Phosphore, (6°) amélioration le 7° jour; apyrexie, et guérison le 9°. Mme X... La mère a eu trois pneumonies: elle est morte à la troisième, âgée de 52 ans. Le père était diabétique.

Cette malade a eu trois pneumonies. La première à 46 ans, la seconde à 51 ans, la troisième à 55 ans.

La malade a commencé sa quatrième pneumonie le 15 décembre, fièvre, point de côté, toux continuelle.

Elle est restée quatre jours chez elle sans traitement, rentrée ici le 19 et couchée au n° 5 de la petite salle.

Le 20, cinquième jour de la maladie, mouvement fébrile 39°5 le soir, 38°8 le matin; dyspnée, point de côté, expectoration visqueuse, contenant des pneumocoques, faciès rouge, langue humide, pas d'albumine. A l'auscultation, râles crépitants fins dans l'inspiration occupant la moitié

intérieure du poumon gauche : au-dessus souffle et bronchophonie. Cette malade est traitée par Bryone (6°) II gouttes le jour et Phosphorus (6°) II gouttes la nuit.

L'état reste à peu près stationnaire pendant trois jours. Le 22, septième jour l'amélioration se prononce, la température tombe à 38° le matin 38°6 le soir, le pouls tombe de 100 à 92. Même traitement.

Le 23, l'amélioration s'accroît le matin, apyrexie 37°1, le soir 38°1 le pouls est à 80.

Le souffle existe toujours, mais les râles deviennent plus humides et prennent le caractère de râles sous crépitants de retour.

Le 24, chute définitive de la fièvre 36°5, 80 pulsations ; il existe encore du souffle en arrière ; la malade se plaint d'un malaise qui nous laisse quelques doutes sur sa convalescence ; même traitement ; potage et vin.

L'amélioration s'accroît les jours suivants, la température reste à 36°, la résolution s'accroît. La malade est en convalescence.

Réflexions.

La mère de cette malade a eu trois pneumonies ; elle a succombé à la dernière à l'âge de 52 ans. Sa fille présentait sa quatrième pneumonie, dont elle a guéri, quoique âgée déjà de 67 ans. Le fait de pneumonie à répétition, à distance de plusieurs années, n'est pas extrêmement rare, et mon expérience personnelle m'a enseigné qu'en général ces phénomènes n'étaient pas très graves.

Un autre enseignement qui ressort de cette observation est la preuve de l'opinion que je soutiens depuis longtemps, que toutes les maladies sont héréditaires : il y a des familles à fièvres typhoïdes, à coqueluches, à pneumonies,

comme il y a des familles de tuberculeux, et de cancéreux.

Le traitement a été *classique*. J'appelle *classiques* en thérapeutique, les traitements consacrés par l'expérience, et pour mon compte personnel, je ne me permettrai jamais d'appliquer au traitement d'une pneumonie ce que j'appelle la thérapeutique *fantaisiste*. L'expérimentation, en effet, n'est légitime que dans les cas qui ont résisté à ce que j'appelle le traitement classique, ou pour lesquels il n'y a pas de traitement du tout. En dehors de ces cas, l'expérimentation doit être réservée pour les cobayes.

D^r P. JOUSSET.

CORRESPONDANCE

LETTRE A MONSIEUR LE D^r PAUL BRUNON, DIRECTEUR
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN.

Monsieur,

J'ai lu avec le plus grand intérêt les différentes brochures que vous avez publiées sur le traitement des tuberculeux indigents par ce que vous appelez les *sanatoriums de fortune*. Vous nommez ainsi, par opposition à ces luxueux et dispendieux établissements construits pour la cure de la phtisie, l'installation dans les maisons particulières, meublées très sommairement, de malades indigents.

J'ajouterais, Monsieur, si je ne craignais un trop grand scandale, qu'on pourrait encore, avec plus d'économie et

plus d'avantage pour les malades, distribuer les tuberculeux valides chez le paysan, comme on y distribue l'enfant trouvé.

Et la contagion ? Nous reviendrons à cette question dans un moment.

La prophylaxie que vous proposez s'inspire d'une grande expérience clinique ; elle comprend deux moyens : lutter contre l'alcoolisme ; faire habiter à l'ouvrier des maisons inondées de lumière et aérée de jour et de nuit.

Vous établissez par des chiffres indiscutables l'influence pernicieuse de l'alcoolisme sur la tuberculisation, et tous les médecins s'accordent avec vous pour reconnaître l'importance de cette cause de la phtisie. Vous rappelez avec raison, une phrase de Landouzy qui fait image : « L'alcoolisme fait le lit de la tuberculose » ; et une autre de Hayem : « La phtisie se prend sur le zinc. »

Quant à l'action favorable de l'air et de la lumière, vous rappelez fort à propos que les succès obtenus en Angleterre dans la lutte contre la tuberculose tiennent à ce que l'Anglais se baigne souvent, dort la fenêtre ouverte, s'extériorise de toutes les façons. « L'habitude du bain, ajoutez-vous, du grand air, la pratique des sports et les exercices physiques, ont plus fait pour l'Angleterre que les sanatoriums n'ont fait pour l'Allemagne. » Remarquons encore les réglemens édictés sur la construction des maisons pour ouvriers : ces réglemens suppriment les bâtimens dits *obstructeurs*, qui enlèvent l'air ; ils proscrirent les maisons trop élevées ; parce que la « mortalité par tuberculose est en raison directe du nombre des étages des maisons. »

Laissant au second plan les questions de contagion, vous avez compris, Monsieur, que la véritable prophylaxie

laxie de la tuberculose consistait à mettre l'organisme en état de résister au microbe ; à créer l'*asepsie du terrain*.

Au Congrès pour l'étude de la tuberculose, tenu à Paris en 1898, j'ai présenté un mémoire sur la même question, dans lequel, je le constate avec plaisir, se rencontrent énoncées quelques-unes des idées que vous exposez avec tant de science.

« L'ennemi principal est l'alcoolisme ; c'est une des causes les plus puissantes de la tuberculose. La misère, l'alimentation insuffisante, les locaux insalubres viennent ensuite.

Il est facile de conclure qu'une nourriture suffisante, des maisons aérées, l'habitation à la campagne, l'aération en toutes saisons des chambres à coucher, constituent la vraie prophylaxie de la phtisie. (*Art médical*, septembre 1898, page 204.)

La grande objection que vous rencontrez est celle de la contagion. Cette doctrine domine les esprits au moins en France, elle nous trouble, nous empêche de voir où est l'ennemi, et, si j'osais le dire, elle nous noie dans un *crachoir obligatoire et aseptique*.

Certes la tuberculose est transmissible, et chaque jour je l'inocule aux cobayes ; *mais elle l'est uniquement par les procédés de laboratoire*.

Les expériences si concluantes de Souza et Gallois, de Santi-Sirena, celles de Seli-Guarneri et surtout le travail si complet des professeurs Cadeac et Malet ne devraient pas permettre de parler encore de la contagion de la tuberculose par la *libre* respiration des crachats desséchés. L'expérience de Cornet ne prouve qu'une chose, c'est que l'expérimentateur peut respirer la poussière tuberculeuse sans autre inconvénient que de nourrir dans ses fosses

nasales le bacille de Koch ; vérité déjà mise hors de doute par le professeur Strauss.

J'ai publié l'histoire de 131 mariages avec seulement 3 cas dans lesquels les deux conjoints furent tuberculeux (1).

A Soden, village allemand, existe une coutume qui rappelle le sanatorium de fortune. Dans ce village un grand nombre de phtisiques viennent passer une partie de l'année, sont soignés par les gens du pays, qui l'hiver habitent les chambres occupées pendant l'été par les phtisiques et la mortalité par tuberculose n'a pas augmenté.

Le Dr Lauth connaît un village à 1.300 mètres d'altitude qui, depuis plus de dix ans, est fréquenté par les tuberculeux, sans qu'on ait pu constater un seul cas de contagion chez l'habitant.

L'histoire de Villepinte, d'Argelès, de Davos et tous les sanatoriums sont là pour démontrer la non contagion de la tuberculose parmi les infirmiers.

Le Dr Kelsch m'a communiqué une statistique qui montre que, dans les différentes sections militaires, celle des infirmiers est la moins atteinte par la tuberculose, et, cependant les infirmiers sont, par leurs fonctions mêmes, les plus exposés à la contagion.

La transmission de la tuberculose n'est donc pas habituellement possible par la simple cohabitation. Nous avons rapporté les nombreuses expérimentations qui démontrent l'inocuité des poussières de crachats tuberculeux pour les cobayes (2).

(1) *De la tuberculose, contagion, hérédité, traitement* (chez J.-B. Baillière).

(2) Ces poussières sont du reste stérilisées par leur exposition à la lumière, même diffuse, pendant quarante-huit heures (Travail communiqué à la Société de biologie, 1900.)

Nous pourrions donc conclure comme Flügge que, pour empêcher toute contagion, il suffit de recommander au malade de mettre son mouchoir devant sa bouche quand il tousse.

La lutte contre la tuberculose doit se poser sur un autre terrain : nous sommes tous tuberculeux, nous portons tous dans nos organes le bacille de Koch (qu'il y soit parvenu par hérédité ou par contagion, cela importe peu).

Si donc nous portons en nous le bacille de Koch, la prophylaxie de la tuberculose ne peut consister à éviter un bacille que nous possédons, mais à rendre le terrain réfractaire à son action.

Entourons de soins minutieux la convalescence des maladies qui favorisent le développement de la tuberculose, comme la rougeole, la coqueluche, la grippe, combattons l'alcoolisme, conseillons la vie au grand air et des maisons d'habitation qui laissent une libre entrée à l'air et à la lumière, et le bacille restera à l'état latent.

Continuez donc, Monsieur, votre campagne pour l'installation des sanatoriums de fortune, et que la crainte de la contagion ne soit plus un obstacle à cette grande réforme hospitalière.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

ADRÉNALINE (EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES).

Nous avons déjà parlé plusieurs fois de ce produit opothérapique, qui agit comme vaso-constructeur d'une façon très efficace.

L'adrénaline s'emploie à la solution à 1/1000 pour l'usage externe; à l'intérieur on prescrit cette solution à la dose de 0,50 a 2 grammes qu'on dilue dans de l'eau fraîchement bouillie. Soit :

Adrénaline (sol. au 1/1000)..... 0 gr. 50 2 gr.

Eau distillée ou fraîchement bouillie. 60 gr.

A prendre par cuillerées toutes les cinq minutes.

L'extrait de capsules surrénales s'administre sous forme de tablettes renfermant chacune 10 centigrammes d'extrait, 2 à 4 tablettes par jour,

Dans les cas d'hémorrhagie, le remède est fort utile. Il a été prescrit avec succès dans les hémorrhagies gastro-intestinales et rectales, comme nous l'avons dit précédemment. M. le Dr Debrand (*Tribune Méd.*, 23 juillet), se félicite de son usage dans deux cas de métrorragies incoercibles de la ménopause. Après avoir mis en œuvre tous les traitements recommandés en pareils cas, il en était arrivé à envisager l'hypothèse d'une hystérectomie dans un cas, et d'une castration dans l'autre. Chez la première malade, âgée de 52 ans, dès la première prise de la dose

de X gouttes (0 gr. 50) de la solution au 1/1000, les pertes avaient diminué de moitié. Le lendemain XV gouttes; l'amélioration continue. Le surlendemain XX gouttes (1 gr.); dans la journée l'hémorrhagie s'arrête. M. Debrand diminue alors chaque jour le nombre des gouttes, mais en suivant la gradation inverse. Arrivé à V gouttes, il continue la même dose pendant une semaine. Guérison, en ayant soin de faire prendre les mois suivants, une semaine environ avant l'époque présumée des règles, X gouttes d'adrénaline. La seconde malade, âgée de 45 ans, fut améliorée tout de suite avec une dose plus forte (1 gr.); l'écoulement subit une notable diminution, mais la malade eut quelques accidents passagers, comparables à ceux de l'ivresse quinique : vertiges, obnubilations, tintements d'oreille. Des doses de XV à X gouttes le lendemain et le surlendemain achevèrent la guérison.

M. le Dr Sauvez employa l'adrénaline dans l'*art dentaire* (*Société d'odontologie*, 10 juin); il s'en déclare très satisfait. Un simple badigeonnage permet d'arrêter immédiatement l'hémorrhagie qui succède à l'extraction des dents,

M. Gordon King (*Ann. des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez*, juillet 1902), considère l'adrénaline comme la substance la plus utile dans la pratique des affections de l'oreille, de la gorge et de nez.

En combinant son emploi avec celui de la cocaïne et de l'eucaine, il est parvenu à opérer sans douleur et sans effusion de sang, comme l'avait déjà dit M. Lermoyez (n° 20 du *Journal des Praticiens*). En outre, il estime que le risque d'une hémorrhagie secondaire à moins de chance de se produire, un caillot résistant ayant le temps de se former dans les vaisseaux pendant la période de vaso-contraction.

L'auteur se loue en outre de l'emploi de l'adrénaline dans l'ablation des végétations adénoïdes. Pour l'ablation des amygdales palatines, la meilleure façon d'obtenir l'hémostase est d'injecter quelques gouttes de la solution à 1/1000 dans chaque glande. Les interventions sur les polypes naso-pharyngiens, la staphylorrhaphie sont grandement facilitées par l'usage préliminaire de l'adrénaline.

Dans le service de M. Huchard, une hémorragie nasale a été arrêtée instantanément par pression sur la muqueuse d'une boulette de coton imbibée de la solution d'adrénaline au 1/1000.

En chirurgie auriculaire, le remède sera apprécié pour l'ablation des polypes et des granulations, le curettage de l'oreille moyenne.

D'autres applications ont été faites. Solis Cohen a publié un article sur l'emploi de l'adrénaline dans l'asthme et la fièvre des foins. E. A. Schaeffer l'a injectée dans les veines en cas de défaillance cardiaque et de choc opératoire. Flörsheim la recommande comme stimulant du cœur, Chassaignac s'en loue dans les affections hémorrhagiques des voies génito-urinaires.

M. le Prof. A. Von Frisch (*Wien-Klin Woch.*, 21 juillet 1902) s'en est servi pour l'examen cytoscopique. Une vessie saigne. Il l'emplit pour trois ou quatre minutes d'une solution d'adrénaline à 1/10000 (100 à 150 cent. cubes); l'hémorrhagie cesse, l'examen est possible.

L'extirpation des tumeurs vésicales au moyen de la taille sus-pubienne a été pratiquée sans effusion de sang, moyennant un badigeonnage avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'adrénaline à 1/1000. Pour éviter la vaso-dilatation consécutive et l'hémorrhagie secondaire Von Frisch escharifiait ensuite la plaie au cautère actuel.

Deux autres applications de l'adrénaline, si elles sont vérifiées, rendront grand service aux praticiens.

La première a trait au cathétérisme. Il serait grandement facilité par l'instillation dans la région prostatique de 1 à 2 centim. cubes de la solution d'adrénaline à 1/1000.

La seconde combattrait la rétention d'urine. Von Frisch a pu enrayer chez trois prostatiques une rétention d'urine, datant de plusieurs jours et de plusieurs semaines, par des instillations quotidiennes de 2 cent. cubes de la solution d'adrénaline à 1/1000 au niveau de la portion prostatique de l'urèthre.

Le traitement des intoxications a de son côté été enrichi par les applications de l'adrénaline.

Reichert emploie le remède dans l'empoisonnement par la morphine et par l'opium.

Le remède se distinguant par sa vertu anti-hémorrhagique, le praticien se trouvera bien d'y songer dans les cas d'hémoptysie, et en général dans toutes les affections qui se compliquent de pertes de sang graves.

L'adrénaline a aussi été utilisée dans les maladies des yeux où elle agit comme anti-congestif.

La conjonctive enflammée pâlit quand on verse dans l'œil une goutte d'une solution à 1/1000 (Letiévant, *Province Médic.*, 2 août). Associé à la cocaïne, l'adrénaline produit un effet à la fois anticongestif et calmant (catarrhes printaniers, épisclérites). Dans les cas de glaucome on adjoindra la pilocarpine à la cocaïne et à l'adrénaline (Darier).

M. Vignes se loue également de l'emploi de l'adrénaline. Dans les iritis ciliaires, elle facilite l'absorption des mydriatiques; il en est de même pour les myotiques dans

le glaucome. M. Terson emploie depuis plusieurs mois l'adrénaline. Dans les conjonctivites hyperémiques sèches et dans les sclérites, elle aide beaucoup la guérison (*Revue générale ophthalmol.*, 31 juillet).

Le remède a naturellement été employé dans les cas de maladie d'Addison. Les résultats ont été variables ; mauvais pour Foa et Pelleciani ; douteux pour Abelaire, Langlois, Charrin, Chauffard, etc., partiellement favorables pour Mahé (*Th. Paris*, 1894), Widal, Mayeur ; favorables pour Beclère.

Or, voici que M. Hirtz (*Bulletin général thérapeut.*, 30 juillet 1902), vient de publier deux faits de guérison.

Le premier malade présentait des signes de tuberculose pulmonaire avec toux, amaigrissement, respiration rude, saccadée avec craquements aux deux sommets ; pigmentation bronzée de la peau ; pouls faible, rapide (110).

Le second malade ne présentait pas d'altération pulmonaire, mais il était faible, apathique, avait de la diarrhée. Les téguments étaient très pigmentés ; la face interne des joues était couverte de plaques brunâtres.

Les deux malades furent traités par des injections de capsules surrénales (Formule de d'Arsonval).

Capsules surrénales	10 grammes
Glycérine	10 —

Les capsules sont divisées en fragments, et mises à macérer vingt-quatre heures dans la glycérine. On ajoute 3 gr. d'eau bouillie et salée. Stérilisation par CO² sous pression, après filtration sur papier.

On injecte chaque jour 1 à 2 cc. du mélange dilué de parties égales d'eau bouillie. Beclère, sur son addisonien

guéri, avait en outre employé des capsules de glandes à 10 centigr. (2 à 4 par jour).

Grâce à ce traitement, l'amélioration fut immédiate. Chez le premier malade de M. Hirtz, les signes de tuberculose disparurent, les sommets se sclérosèrent. Le malade gagna du poids et reprit des forces; chez le second malade, la pigmentation disparut et les forces se rétablirent. La diarrhée seule revint un certain temps, accompagnée de coliques diffuses.

Ces préparations de capsules surrénales sont assez délicates. Il est probable que le traitement par l'adrénaline 0,50 à 2 gr. de la solution à 1/1000), — plus simple à exécuter — assurera des résultats aussi favorables (*Journal des praticiens*, 9 août).

TRAITEMENT DES BRONCHITES PAR L'ICHTHYOL

M. Jennings a recommandé l'emploi de ce produit surtout dans les bronchites chroniques de l'enfance, consécutives à des refroidissements ou à des maladies infectieuses comme la rougeole ou la coqueluche.

M. de Brun, professeur à la faculté de médecine de Beyrouth, vient de publier une observation (1) où cette action très favorable s'est manifestée avec une rapidité qui tient du prodige.

Voici cette observation :

Le 9 avril dernier, une jeune fille de 13 ans, entre dans mon service se plaignant d'une toux violente, d'une

(1) *Journal des Praticiens*, 29 novembre.

dyspnée assez vive et d'une expectoration sanguinolente. La maladie remontait à six ans et s'était déclarée à la suite d'une coqueluche.

Depuis cette époque, la petite malade ne cessa de tousser et de cracher en dépit de tous les traitements. Bien plus, la toux et l'expectoration augmentèrent notablement, si bien que, n'en pouvant plus, la jeune fille se décida à entrer à l'hôpital.

Je constate l'état suivant : poitrine sensiblement bombée, légère exagération de la sonorité normale, légère diminution des vibrations thoraciques, inspiration humée, expiration prolongée, traduisant l'existence d'un certain degré d'emphysème pulmonaire ; râles ronflants, sibilants et surtout sous crépitants assez fins, extrêmement abondants, remplissant la poitrine, indiquant la coexistence d'une bronchite intense et diffuse.

Toux incessante survenant par quintes prolongées d'une violence extrême, empêchant parfois le sommeil plusieurs nuits de suite, souvent ne discontinuant pas de la journée.

Cette toux présentait un caractère spasmodique et déchirant tout à fait singulier. Composée d'une série d'expirations brèves, sonores, éclatantes, se succédant avec une grande rapidité, ce qui lui donnait une certaine analogie avec les quintes de la coqueluche, elle s'en distinguait par l'absence de reprise, et par conséquent d'inspiration sifflante. La quinte se terminait par l'expulsion de mucosités tantôt banales, tantôt sanguinolentes rejetées à la fin dans une dernière et bruyante expiration accompagnée en général de l'ensemble des phénomènes spasmodiques caractéristiques du vomissement.

Cette toux était tellement violente, tellement éclatante et prolongée qu'elle dominait, même à distance, le bruit de mes paroles, et m'obligeait à plusieurs reprises, pendant chaque visite à la salle des femmes, à interrompre, pour la laisser passer, mon enseignement et l'auscultation de mes élèves.

La malheureuse enfant, pendant ces quintes, faisait vraiment peine à voir. Le visage cyanosé, les lèvres violettes, les yeux saillants véritablement hors de la tête, les extrémités froides et bleues, elle présentait, au suprême degré, les symptômes asphyxiques provoqués par les grandes toux spasmodiques. Les troubles apportés à l'hématose se prolongeaient en dehors des quintes et se traduisaient par les signes de l'emphysème précédemment décrit, emphysème retentissant sur le cœur au point de donner en permanence au visage de l'enfant, et particulièrement à ses lèvres, une teinte légèrement violette, qui, comme je l'ai dit, prenait au moment de l'accès des proportions excessives.

L'expectoration était abondante. Chaque matin le crachoir était à demi rempli d'un liquide sanguinolent légèrement mousseux, où nageaient un certain nombre de crachats un peu plus opaques, pas assez toutefois pour affecter une forme déterminée, n'ayant par conséquent en aucune façon l'aspect nummulaire ou pelotonné.

L'examen bactériologique permit de constater la présence de nombreux pneumocoques associés à des streptocoques. Pas de bacilles tuberculeux.

L'abondance et la diffusion des râles humides, la coexistence de l'emphysème et surtout la présence du sang dans les crachats me parurent motiver l'administration du tartre stibié.

L'hémoptysie disparut dès le lendemain, mais la toux persista avec la même intensité, et le médicament, continué pendant cinq à six jours, ne parvint pas à la modifier en quoi que ce soit.

La morphine, l'iodure de potassium restèrent sans résultat.

La créosote provoqua le retour de l'hémoptysie.

La teinture de belladone, la teinture de drosera, le bromoforme, l'ipéca, le benzoate de soude isolés ou combinés ensemble furent absolument inefficaces. Non seulement la toux persista avec ses caractères primitifs, avec son cortège de symptômes semi asphyxiques, avec son expectoration toujours la même, mais encore les phénomènes stéthoscopiques ne subirent aucune modification; et chaque matin nous pouvions constater, persistant avec une désespérante ténacité, d'immuables râles ronflants, sibilants et sous-crépitants, remplissant du haut en bas, aussi bien en avant qu'en arrière, toute l'étendue de la poitrine.

C'est alors que, le 28 avril, je prescrivis pour la journée 1 gramme d'ichtyol en 10 pillules avec une poudre inerte.

L'effet fut véritablement merveilleux. La toux diminua dans des proportions imprévues, ainsi que l'expectoration; pour la première fois depuis six ans la petite malade passa une bonne nuit. A l'auscultation, les râles moins nombreux, moins pressés, moins bruyants permettaient de percevoir distinctement le murmure vésiculaire. La dyspnée avait à peu près disparu. Au reste aucun phénomène d'intolérance.

Enhardi par ce résultat, sachant déjà par ma propre expérience la facilité avec laquelle sont supportées des doses considérables d'ichtyol puisque j'en avais moi-

même, dans des cas de lèpre, administré jusqu'à 10 grammes par jour (1), j'en ordonnai 2 grammes dans la potion suivante, dont j'empruntai la formule à Jennings.

Ichtyol.	2 grammes
Glycérine.	{ aa 15 —
Sirop d'écorce d'orange.	
Eau	80 —

F. s. a.

Le lendemain, la toux avait totalement disparu ainsi que l'expectoration. L'effet fut rapide et décisif au point d'avoir la netteté d'un fait de physiologie expérimentale, la quasi instantanéité du résultat obtenu par certaines injections de sérum.

Le résultat est véritablement merveilleux, mais il est nécessaire qu'il soit contrôlé par des résultats analogues.

D^r MARC JOUSSET.

TRAITEMENT EXTERNE DU PRURIT

Nous nous trouvons quelquefois très embarrassés pour calmer par des moyens locaux bien appropriés les démangeaisons quelle que soit leur cause.

Nous sommes heureux de reproduire dans l'*Art médical* un certain nombre des moyens préconisés par le D^r Leredde et publiés dans le *Journal des praticiens* (1).

Le prurigineux doit, sauf exceptions rares, être vêtu de toile, fine ou usée; s'il a l'habitude de porter directe-

(1) H. DE BRUN. Traitement de la lèpre par l'ichtyol. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 23 avril 1901.

(1) Numéros du 15 et du 22 novembre.

ment sur la peau des vêtements de flanelle ou de laine, il interposera de la toile entre ceux-ci et l'épiderme. La gaze rend les mêmes services, mais la soie et le coton n'ont que des inconvénients.

La peau sera poudrée au talc, à l'amidon, au lycopode, etc. Dans les prurits aigus, dans l'urticaire et le prurigo aigu, les poudres ont une action bienfaisante indéniable et soulagent extrêmement le malade. Les applications sont faites deux fois au moins par vingt-quatre heures.

L'action des poudres est une action décongestionnante et rafratchissante ; il est indiqué chez la plupart des prurigineux d'abaisser la température du tégument. Cependant il est quelques cas où, après expérience faite, il est prouvé que l'application de graisses, d'huiles, d'axonge fraîche, de vaseline blonde amène une amélioration du prurit alors que la poudre n'a pas réussi. Ces cas sont en première ligne des cas de prurigo chronique.

Dans les cas simples de prurits aigus et légers le poudrage de la peau, combiné aux lotions chaudes, additionnées ou non de médicaments actifs, suffit à la thérapeutique.

On a cherché à modifier par d'autres procédés les conditions physiques dans lesquelles se trouve placé le tégument chez les prurigineux ; de là application de *colles*, d'*ouate* et de *caoutchouc*.

Les *colles* constituent un procédé indispensable dans la thérapeutique de certains prurits et que tout médecin doit connaître. Elles protègent la peau contre les traumatismes extérieurs de tout ordre ; en même temps elles constituent un revêtement perméable, elles amènent la décongestion et le rafratchissement superficiels.

Il existe un grand nombre de formules de colles ; en voici une que j'ai employée à l'hôpital Saint-Louis :

Gélatine.....	1.500 grammes
Grenétine.....	1.500 —
Glycérine.....	3.000 —
Eau.....	8.000 —
Gomme arabique..	160 —
Oxyde de zinc.....	500 —

Une colle de ce genre forme une masse blanche élastique qui fond à une température peu élevée. Pour l'appliquer, on la fait fondre au bain-marie, et quand elle est liquide, on badigeonne les surfaces prurigineuses. Elle forme en se refroidissant un enduit souple qui se moule sur la peau, la comprime légèrement. Pour augmenter l'adhérence on peut, au moment où on vient d'étendre la colle et où elle n'est pas tout à fait refroidie, appliquer une couche aussi mince que possible d'ouate qui fera corps avec la colle.

La colle de zinc s'enlève par le lavage avec de l'eau un peu chaude sans la moindre difficulté.

Les colles peuvent être additionnées d'agents antiprurigineux, en particulier d'ichtyol, de thiol, de tuménol, mais il est préférable d'employer ces agents en badigeonnages, par exemple en solution aqueuse (10 0/0 en moyenne), de laisser sécher et d'appliquer ensuite la colle.

Les emplâtres comme les colles protègent la peau contre tous les irritants extérieurs, mais, d'autre part, leur effet est différent : les colles décongestionnent la peau, les emplâtres oblitèrent au contraire les pores cutanés et ne doivent être employés que pour faire pénétrer profondément des substances actives. Ils sont encore plus dange-

reux que les colles sur les lésions suintantes, susceptibles d'infection ou infectées ; on ne devra les employer que sur des régions absolument sèches et avec surveillance. Il est bien entendu d'autre part, qu'on les emploiera seulement dans des lésions limitées.

La toilette de la peau chez les prurigineux exige des précautions spéciales et mérite quelques détails. Il y a longtemps, pour ma part, que j'ai eu l'attention attirée sur les inconvénients des savons dans les eczémas chroniques les plus légers et les dermatites artificielles chroniques les moins intenses ; ces inconvénients ne sont pas moindres chez les prurigineux, au moins chez un certain nombre d'entre eux. Il me semble même qu'il existe un « prurit de savon » qui n'a pas été décrit, je crois, et qui me semble avoir une grande importance pratique.

Mais les faits que je possède me permettent de poser comme une règle générale la suppression du savon chez les prurigineux, sauf dans les cas où on recherche un effet thérapeutique déterminé ; cette suppression est en particulier importante dans le prurit anal, peut-être dû souvent aux savonnages réitérés de la lésion.

Mais comment peut-on nettoyer la peau chez les prurigineux ? On se servira, sur le corps et la face, d'eau salée à 7 p. 1000. Pour nettoyer les mains, de vaseline, de pâtes d'amandes, de mie de pain. Les savons de surgras permettent chez un certain nombre de malades de nettoyer la peau sans l'irriter.

Ceci nous amène à étudier une question des plus difficiles. Faut-il donner des bains aux prurigineux ? On peut établir quelques règles à ce sujet.

1° On ne donnera jamais à un prurigineux de bains

irritants, tels que des bains alcalins ou sulfureux sans indication précise résultant de l'état de la peau.

Les bains d'amidon ou de son, mieux encore les bains de gélatine sont les mieux tolérés de tous.

2° On ne donnera jamais de bains aux prurigineux chez lesquels on peut soupçonner pour une raison ou une autre des complications eczématisques possibles.

3° On ne donnera jamais de bains à des prurigineux qui présentent des lésions infectieuses aiguës, secondaires de la peau (folliculites, impetigo). Si on a un avantage réel à les prescrire au prurit, on recouvrira les lésions infectieuses de pâte de zinc avant le bain, pour éviter toute pénétration de l'eau.

En résumé, le bain n'est jamais indifférent chez les prurigineux ; parfois nuisible, il peut être utile dans certaines conditions, surtout si on y ajoute des substances qui gênent la pénétration profonde de l'eau dans la peau. Dans certains cas le bain sert d'excipient à des substances antiprurigineuses.

Les lotions sont un des moyens les plus fréquemment employés contre les prurits de tout ordre. Nous indiquons plus loin les substances qu'on peut y ajouter ; mais de suite nous devons insister sur le rôle que joue la température de l'eau. Il est de notion banale que l'eau chaude soulage, atténue le prurit ; certains malades supportent des températures extrêmement élevées, que ne pourraient tolérer des sujets dont la peau est normale. Les lotions chaudes peuvent être répétées plusieurs fois par jour sans inconvénient. A la suite, il est prudent de poudrer largement la peau.

Enfin l'eau est encore utile sous forme de douches

tièdes (Brocq, Jacquet). Les douches doivent être données au moyen d'une pomme d'arrosoir, à la température de 38° environ ; l'eau sortant du mélangeur à cette température arrive sur la peau à une température plus basse de 2 à 3°. La durée, de deux à trois minutes lors des premières séances est portée graduellement à quatre, cinq, six minutes. Il est souvent utile de donner deux douches par jour, l'une le matin, l'autre le soir.

Ces douches qui projettent sur la peau, sans la moindre percussion, un mélange de vapeur d'eau à basse température et de pluie très fine, constituent un moyen de sédation remarquable et dont l'usage est loin d'être assez répandu.

Après la douche, la peau doit être séchée doucement, sans frotter, puis poudrée pour achever la dessiccation.

Les moyens que nous avons indiqués jusqu'ici dans le traitement du prurit sont tous, on peut le dire, des moyens hygiéniques, qui modifient les conditions physiques dans lesquelles se trouve la peau, sa circulation, l'humidité de sa surface, sa teneur en graisse. Nous pouvons maintenant étudier des moyens plus actifs, les agents chimiques que l'on peut appliquer sur les surfaces prurigineuses, en deux groupes : les anesthésiques et les réducteurs. *Cette division me paraît avoir une importance extrême, dont je donnerai plus loin la raison.*

I. AGENTS ANESTHÉSQUES. La plupart de ces agents émettent des vapeurs qui pénètrent aisément la peau et agissent sur les nerfs en état d'irritation.

L'acide acétique n'est guère employé en France que sous forme de lotions vinaigrées et de bains vinaigrés (un litre pour un bain de 250 litres). En Allemagne, on l'emploie

fréquemment en pommades sur les peaux sèches et en pâtes sur les peaux grasses :

Pommade acétique :

Acide acétique.. . . .	2 gr. 50
Lanoline	5 grammes
Vaseline	10 —

Pâte acétique :

Acide acétique.	2 gr. 10
Vaseline	8 grammes
Lanoline.	12 —
Amidon	90 —

L'acide phénique peut s'employer en lotions (1,3 0/0), en badigeonnages (solution alcoolique ou huileuse, en pommades et en pâtes à la dose de 1 à 2 0/0. Unna l'emploie en solution à 5 0/0 dans de l'esprit de savon de potasse, combinant ainsi un anesthésique et un réducteur.

L'acide tartrique est très employé en France, sous forme de glycérolé d'amidon à 1 p. 30.

La belladone, très employée autrefois, n'est plus guère utilisée que combinée à d'autres agents ; son action anesthésique est souvent peu marquée. On emploie l'extrait en pommades à 5 ou 10 p. 100 et la teinture diluée, au dixième de préférence.

Le benjoin est utilisé sous forme de teinture de benjoin, on incorpore à des pommades de 5 à 10 p. 100.

Lanoline.	30 grammes
Vaseline	15 —
Eau	5 —
Teinture de benjoin. .	3 —

Le baume du Commandeur, souvent employé par A. Robin, qu'on sature d'aloës, a pour principe actif la teinture de benjoin.

Le *camphre* est un excellent antiprurigineux. On prescrit des lotions à l'huile camphrée (huile d'amandes douces, 10 gr. ; camphre 1 gr.) et des applications de pommades ou de pâtes :

Lanoline.	10 grammes	
Huile camphrée.	5	—
Hydrate de chloral	1	—
Oxyde de zinc.	} à 25 grammes	
Craie.		
Huile camphrée.		
Eau de chaux.		

Le *chanvre indien* est employé en teinture à 1 p. 50 ou 1 p. 100. Leistikow se sert de bâtons de pommade :

Extrait de cannabis.	90 grammes	
Colophane	10	—
Cire jaune.	45	—
Huile d'olives.	40	—

Le *chloral* peut être dissous dans l'eau, l'alcool, pour faire des lotions (1 p. 100) ; on peut faire des pommades en contenant 10 p. 100.

Des lotions à l'eau *chloroformée* peuvent être employées lorsque la peau n'est pas irritable.

La *cocaïne* est associée, par Malcolm Morris, aux solutions aqueuses phéniquées, par Unna, aux solutions alcooliques de sublimé. Brocq l'emploie en pommades contenant, en outre du phénol et du chloral. On l'emploie aux doses de 10 ou 20 p. 100 (Leistikow).

Son action sur la peau, comme celle des substances qui n'émettent pas de vapeurs, n'est pas démontrée. Il n'en est pas de même au niveau des orifices des muqueuses, des fissures et des excoriations de la peau.

L'*acide cyanhydrique* en solution à 1 p. 10.000 l'eau distillée d'amandes amères en mélanges aqueux ou alcoo-

lique sont la base des lotions antiprurigineuses. Citons encore le *lysol*, l'*eucalyptol*, le *thymol* (solutions aqueuses de 1, 2 p. 100) et pour finir deux agents importants : le le *menthol* et le *salicylate de méthyle*.

Le *menthol* est le plus usuel de tous les antiprurigineux.

Il est prescrit sous toutes formes possibles, en solutions alcooliques (1—3—6 p. 100), en pommades et en pâtes (1 p. 10 en moyenne) et même sous forme de savons.

J'ai proposé d'employer le *salicylate de méthyle* sur les surfaces prurigineuses, et en ai obtenu d'excellents effets, plus marqués peut-être qu'avec d'autres antiseptiques, plus passagers peut-être. Je l'ai toujours prescrit jusqu'ici en pâtes aux doses de 5 à 10 p. 100.

II. AGENTS RÉDUCTEURS. — Les anesthésiques que nous venons d'énumérer ont deux graves inconvénients : 1° leur action est seulement passagère, ils ne guérissent pas le prurit, ils le soulagent pendant leur application ; lorsque, pour une raison ou une autre, le prurit aigu ou subaigu vient à disparaître, ses causes ayant cessé, on peut attribuer sa disparition aux anesthésiques ; c'est là une erreur : toutes les fois qu'on aura à soigner un prurit persistant, chronique, on peut s'en apercevoir ; 2° l'action des anesthésiques est souvent irritante, et fréquemment je les ai vus exaspérer ou même provoquer des lésions cutanées sur lesquelles on les applique.

Les réducteurs, au contraire, sont des agents curatifs du prurit dans un grand nombre de cas ; d'autre part, lorsqu'on sait les manier, ce qui est une des conditions nécessaires pour faire une thérapeutique dermatologique sérieuse, on n'amène pas de réactions cutanées, ou on les

fait disparaître dès qu'elles se produisent, si, comme il peut arriver, une lésion, qui ne semble pas irritable par tel ou tel réducteur, l'est réellement.

Les anesthésiques ne trouvent plus dans cette manière de voir que deux indications principales : 1° ils permettent de soulager le prurit lorsqu'ils sont appliqués sur des lésions non curables par les réducteurs — par exemple dans le mycosis fongoïde — encore la série des goudrons peut-elle être utile en pareil cas et même l'acide pyrogallique ; 2° ils peuvent être associés aux réducteurs pour amener une anesthésie plus rapide, encore faut-il se défier en pareil cas d'agents qui sont beaucoup plus irritants que les réducteurs ou du moins dont il est beaucoup plus difficile de prévoir l'effet sur la peau.

Ce qui précède nous amène à une conclusion que je formulerai de la manière la plus nette, au risque d'exagérer un peu, mais dans le but d'être bien compris. En présence d'un prurit sans lésion visible, traitez la peau comme si elle était réellement lésée, il n'est pas douteux du reste que le prurit ne s'associe souvent à des lésions non apparentes. En présence d'un prurit avec lésion, traitez la lésion, et ne vous inquiétez pas du prurit.

Un grand nombre de réducteurs peuvent être employés dans la thérapeutique du prurit.

Nous trouvons d'abord toute la série des réducteurs faibles, l'ichtyol, le thiol et le tuménol.

L'ichtyol peut être utilisé en solution aqueuse ; on badigeonne la peau au moyen d'une solution à 10 p. 100 et on laisse sécher, en solution alcoolique ou éthéro-alcoolique, en pâtes et en pommades, etc.

Nous avons vu qu'on peut l'incorporer aux colles. Mais de cette manière son action est peu marquée. Le choix de

l'excipient, ici comme pour tous les autres agents qu'on applique sur la peau, dépend des qualités de celle-ci : lorsqu'on voudra avoir une action profonde, on emploiera une pommade ; lorsqu'on craindra une irritation, on emploiera une pâte ; dans ces conditions, l'action est plus superficielle. On prescrit souvent l'ichtyol sous forme de glycérolé d'amidon à 5 ou 10 p. 100 ; dans ces conditions, l'action irritante est très faible ; on peut faire tolérer la préparation par un grand nombre de lésions, en particulier dans les eczémas aigus à la période de régression, sous la réserve d'une surveillance exacte.

Ce que nous venons de dire de l'importance de l'excipient nous dispense d'insister sur la manière dont on doit appliquer le thiol et le tuménol à la surface de la peau. Le thiol est un agent plus doux que l'ichtyol ; on le prescrit en solution aqueuse (10 p. 100) alcoolique, en pommade, en pâte, en glycérolés, etc. De même pour le tuménol dont l'action antiprurigineuse indiquée par Neisser, fait un agent de choix dans le traitement du prurit.

Les goudrons constituent des réducteurs plus énergiques que ceux que nous venons d'énumérer, un peu plus difficiles à manier et dont les contre-indications sont plus fréquentes. On ne les emploiera pas lorsqu'il existera un état d'infection aigue de la peau, surtout si cette infection est d'origine folliculaire. Ils sont particulièrement précieux dans les lésions intertrigineuses, dans les inflammations des plis accompagnées de prurit, dans les eczémas persistants prurigineux ; On les utilise fréquemment dans le traitement des lésions lichenifiées, mais d'après mon expérience personnelle, ceux-ci relèvent d'une thérapeutique beaucoup plus active.

Je n'insisterai pas sur les préparations innombrables de

goudron que l'on peut employer depuis l'*huile de cade*, pure, en glycérolés, en pommades ; l'*huile de bouleau*, jusqu'au *goudron de houille* qu'on emploie sous forme de *ecaltar saponiné* pur, étendu d'eau (1/4-1/10) en lotions, en pansements ou en teinture éthéro-alcoolique. On peut associer le goudron au savon noir pour rendre le pouvoir de pénétration plus élevé, par exemple dans la formule suivante :

Savon noir.	5 grammes
Goudron purifié	10 —
Vaseline	35 —
Préparation active	

La résorcine est un antiprurigineux remarquable.

En lotions aqueuses ou alcooliques (2—5 0/0), je l'ai vue modifier et même guérir des prurits persistants étendus. On peut l'employer sous toutes les formes médicamenteuses, pommades, pâtes, etc.

Je citerai encore le *sublimé* qui, à doses un peu élevées, agit comme réducteur et a une action antiprurigineuse très marquée. Les lotions aqueuses à la dose de 1 p. 1.000, 1 p. 500 et 1 p. 250, sont employées d'une manière fréquente. Mais je préfère, pour ma part, les lotions alcooliques. On peut du reste se servir du sublimé en pommades, en pâtes, etc. (0 gr. 20 0/0 en moyenne).

Le *naphтол* sous forme de pâtes et de pommades à 5 ou 10 p. 100 convient à des lésions limitées. On l'associe en général à d'autres agents, par exemple à la résorcine, aux goudrons, à l'*acide pyrogallique* et à la *chrysarobine*.

Ces deux derniers agents qui sont les réducteurs les plus puissants dont on se serve dans la pratique dermatologique courante, sont également des anti-prurigineux. Nous n'avons pas à insister d'autre part sur leurs modes

d'emploi. sur les excipients auxquels on les incorpore, les formules se trouvent partout ; sur leurs inconvénients, les dermatologistes savent les manier de façon à n'observer jamais leurs dangers.

L'acide pyrogallique, la chrysarobine ne peuvent convenir qu'au traitement d'accidents prurigineux limités ; si dans le psoriasis tout médecin doit le prescrire, dans les prurits, leur usage est beaucoup plus délicat, et moins susceptible d'être réglé d'une manière précise ; tout médecin expérimenté pourra cependant en tirer de remarquables résultats.

Cette étude générale sur les réducteurs appliqués au traitement des prurits nous amène à la question des applications de la méthode exfoliante au même traitement. Dans le lichen simplex, elle constitue un procédé de choix (1) ; depuis la communication que j'ai faite sur ce sujet à la *Société de Thérapeutique*, et qui concernait trois cas de lichen simplex guéris par l'exfoliation, j'ai observé plusieurs cas nouveaux qui ont tous guéri rapidement (2).

Il me paraît certain que cette méthode pourra s'appliquer à des lichenifications très étendues avec des effets aussi heureux.

Bien plus, je croirais volontiers que chez des prurigi-

(1) LEREDDE. La méthode exfoliante. (*Journal des Praticiens*.)

(2) Je dois rappeler qu'on a traité ces affections par des emplâtres additionnés de substances réductrices fortes ; d'autre part, par des cautérisations au nitrate d'argent et même avec des caustiques plus énergiques, les galvano-cautérisations et les scarifications. Mais tous ces procédés ont de très grands inconvénients ; les uns sont souvent insuffisants, les autres trop énergiques, et l'exfoliation me paraît infiniment plus pratique comme méthode générale.

neux dont la peau n'est pas irritable, et dont le prurit occupe des régions fixes, d'étendue modérée, la même méthode pourrait rendre de grands services ; je me propose de l'essayer, mais je n'ai pu encore le faire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. — TRAITEMENT DE LA LADRERIE ET DES KYSTES HYDATIQUES PAR DES INJECTIONS D'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE FOUGÈRE MALE. — II. UN CAS DE VOMISSEMENTS ACÉTONÉMIQUES. — III. NOTE CLINIQUE SUR LES EFFETS DU SÉRUM PROPOSÉ PAR LE D^r LEURIAUX POUR TRAITER LA COQUELUCHE. — IV. DU TRAITEMENT DE L'ACÉTONÉMIE PAR L'ADRÉNALINE. — V. NOTE SUR UN CAS D'INFECTION PNEUMOCOCCIQUE. — VI. RHINO-PHARYNGITE TYPHOÏDIQUE À BACILLE D'EBERTH.

I

(Séance du 7 novembre.) — M. LAUNOIS fait une communication sur *l'eosinophilie et le parasitisme vermineux chez l'homme* qui n'avance pas beaucoup la question puisqu'il arrive à conclure que l'eosinophilie est inconstante dans le parasitisme vermineux.

Nous voulons cependant en retenir deux indications thérapeutiques. Le malade, sujet de l'observation, était atteint de ladrerie et portait plusieurs petites tumeurs kystiques ; l'une fut extirpée par le D^r Lejars et assura le diagnostic, les autres furent guéries par un procédé dû au

D^r Achard : on ponctionne les petits kystes, on en retire un demi centimètre cube de liquide qu'on remplace par une égale quantité d'huile éthérée de fougère mâle stérilisée. A la suite de cette intervention les petits kystes s'affaissent puis disparaissent complètement.

M. ACHARD a indiqué le traitement des kystes hydatiques par l'injection d'extrait de fougère mâle dans l'article Kystes hydatiques du foie du Traité de Thérapeutique du D^r A. Robin. Depuis il l'a utilisé pour un double kyste hydatique du foie, et avec succès, car trois mois après on ne pouvait plus sentir les tumeurs par le palper.

II

(Séance du 14 novembre.) — M. GUINON rapporte un cas de vomissements acétonémiques qui amène une discussion très prolongée.

Il rappelle que M. Marfan a récemment tenté d'isoler sous le nom de vomissements avec acétonémie un type de vomissements incoercibles assez nettement caractérisé. Ils s'observent de un à dix ans chez des enfants dont la santé est en apparence parfaite; aussitôt qu'ils ont commencé, l'intolérance est absolue pour tous les liquides, même quelquefois pour l'eau pure; le symptôme dominant est l'odeur de l'haleine, qui rappelle celle des sujets qui ont pris du chloroforme, avec quelque chose d'acide en plus; l'urine a souvent la même odeur au moment de l'émission, elle renferme de l'acétone décelable par les procédés ordinaires. La température est généralement peu élevée. Cependant la persistance des vomissements plonge parfois l'enfant dans un état de dépression qui rappelle l'état cholériforme.

Mais, malgré l'apparence inquiétante des cas d'allure violente, la guérison survient vers le troisième, cinquième, sixième jour au plus, et rapidement l'enfant revient à une santé parfaite.

M. Guinon en a observé un assez grand nombre de cas dans la clientèle de ville, mais il vient de profiter d'une observation de son service pour faire rechercher l'acétone dans les urines.

Il s'agissait d'une fillette de dix ans et demi entrée à l'hôpital pour des troubles mal caractérisés : constipation et douleur de ventre surtout autour de l'ombilic. Deux jours après, le 15 mai, elle est prise de vomissements qui durent trois jours pendant lesquels l'haleine avait une forte odeur d'acétone.

M. Guinon se demande si l'acétonémie est la cause des vomissements : on n'en a aucune preuve.

On peut rapprocher cette observation des cas qu'on a décrit sous le nom de vomissements à répétition, de vomissements cycliques. Il y a-t-il un rapport entre ces vomissements et les accidents décrits par M. Comby comme arthritiques.

M. MARFAN voudrait présenter quelques remarques.

Tout d'abord MM. Gilbert et Lereboullet ont dit que la cholémie familiale doit être considérée comme un des éléments étiologiques des vomissements avec acétonémie. Chez quatre enfants en ayant eu M. Marfan a recherché les stigmates extérieurs de la cholémie ; un seul les présentait (teint olivâtre, petites taches de rousseur, épistaxis fréquentes).

Dans sa communication sur les vomissements avec acétonémie, il a dit que ces deux symptômes étaient concomitants.

Il a vu aussi que la diète hydrique absolue était plutôt nuisible; il donne de l'eau sucrée glacée, du lait très dilué.

M. BARBIER fait remarquer qu'il existe une *acétonurie normale* chez l'homme, qui peut augmenter sous l'influence d'un régime trop chargé en viande, ou sous l'influence de l'ipanition.

Des recherches de M. Vergely, parues en 1898 dans la *Revue des maladies de l'enfance* paraissent avoir démontré que l'acétone est un produit provenant de l'acide B-oxybutyrique, qui donnerait par oxydation de l'acide diacétique, qui se dédoublerait facilement en acide carbonique et en acétone. L'acétone ne serait donc que l'indice clinique de l'acide B-oxybutyrique, qui est toxique.

M. MERKLEN a vu plusieurs cas de ces vomissements acétonémiques; ce syndrome s'accompagne d'un faciès cholériforme et de tachycardie; tachycardie ayant atteint 150 à 160 pulsations chez deux de ses petits malades. Il a trouvé toujours une intolérance absolue pendant les crises pour les aliments, même le lait; de l'eau sucrée, de l'eau de Vals ou du bouillon de poulet, en petites quantités, lui ont paru mieux tolérés.

M. COMBY rapproche ces vomissements avec acétonémie des *vomissements cycliques* qu'il a décrits à la Société des hôpitaux en 1901. Il considère que cette affection, qui se rencontre plus souvent chez les malades de ville qu'à l'hôpital est en relation avec d'autres manifestations de la diathèse arthritique, telles que la migraine, l'asthme, la goutte, etc.

III

M. VARIOT a expérimenté chez trois malades le sérum anticoquelucheux du D^r Leuriaux (1) et les résultats n'ont pas été en rapport avec ceux qui avaient été annoncés par le médecin belge. Il lui a paru, au contraire, que le sérum avait été sans effet appréciable et que la maladie n'avait pas été modifiée dans son évolution.

IV

MM. SOUQUES et MOREL font une communication sur le *traitement de l'hémoptysie par l'adrénaline*.

Ce produit, extrait par Takamine (de New-York) des capsulesurrénales a sur les muqueuses, en badigeonnages et en instillations (muqueuses, buccale, nasale, laryngée conjonctivale, etc.), une action vaso-constrictive remarquable, produisant l'ischémie de la muqueuse, de façon qu'on puisse y opérer sans perte de sang. L'action locale de l'adrénaline associée à la cocaïne, a donc rendu des services appréciés aux rhinologistes, aux laryngologistes et aux ophtalmologistes.

La médecine générale pourra donc utiliser cette action dans les hémorrhagies internes et MM. Souques et Morel viennent exposer les résultats de leur pratique contre les hémoptysies tuberculeuses.

Voici la formule qu'ils emploient :

Chlorhydrate d'adrénaline 1 partie

Solution normale de chlorure de sodium. 1000 —

Avec addition de 0,5 p. 100 de chloretone, administrés

(1) Voir *Art Médical*, nov. 1902.

à la dose de $1\frac{1}{2}$ $\frac{3}{4}$ et 1 milligramme en injection hypodermique.

L'arrêt de l'hémorrhagie a eu lieu de 15 minutes à 6 heures après l'injection.

La dose de $1\frac{1}{2}$ milligramme paraît suffisante et agir aussi bien que celle de 1 milligramme qui pourrait avoir quelques inconvénients.

Voici quelques malaises produits soit chez les malades, soit à la suite d'expériences faites par MM. Souques et Morel.

« Dans l'observation I, le malade, qui avait pris un jour une injection hypodermique de 1 milligramme et, deux jours avant ainsi que deux jours après, un $1\frac{1}{2}$ milligramme, n'a présenté aucun phénomène d'intoxication. Par contre, chez un autre malade qui n'est pas mentionné ici, et qui avait également absorbé 3 milligrammes en quatre jours, il était survenu après la dernière injection des étourdissements, des nausées et de l'insomnie durant vingt-quatre heures.

« Nous avons cherché à contrôler sur des malades tuberculeux ou non, sans hémoptysie, la nocuité de cette dose de 1 milligramme.

« Nous avons fait à trois malades une injection hypodermique de 1 milligramme d'adrénaline. L'un, âgé de dix-huit ans, convalescent de rhumatisme articulaire, n'a éprouvé aucun trouble morbide. Les deux autres ont présenté des symptômes d'intoxication, à savoir : chez le premier, âgé de 46 ans, tuberculeux au premier degré, du vertige, des nausées, et des signes d'angor pectoris. Le vertige s'est montré deux heures et demie après la piqûre, et a obligé le malade à se coucher. Les nausées, apparues trois heures après la piqûre, ont duré toute la nuit. Enfin,

les phénomènes d'angor, survenus également trois heures après, ont duré deux heures et ont été caractérisés par une sensation de griffe dans la région sternale, avec irradiations douloureuses dans l'épaule, le bras et les trois derniers doigts de la main, du côté gauche. Il est juste d'ajouter que le malade avait éprouvé jadis des symptômes d'angor, moins caractérisés toutefois. Chez le second, guéri d'un embarras gastrique, deux à trois heures après l'injection sont survenus de la céphalée, du vertige et des vomissements qui ont persisté tout l'après-midi et ont empêché le malade de dîner. La céphalée était assez pénible, elle a duré au moins vingt-quatre heures. Le vertige a empêché le malade de se lever ; « le lit tournait et moi aussi, disait-il, comme quand on a trop fumé ». Ce vertige a, comme la céphalée, duré un jour et demi.

Nous avons essayé la dose de $3/4$ de milligrammes chez douze malades non hémoptysiques, tuberculeux ou non. Chez huit d'entre eux, nous n'avons constaté aucun trouble pathologique. Chez quatre, par contre, nous avons relevé les phénomènes suivants : l'un accuse, un quart d'heure après la piqûre, de la constriction thoracique, du vertige et des maux de tête qui durent une partie de la journée. Le deuxième se plaint de constriction du thorax pendant quelques heures. Le troisième éprouve la même gêne présternale pendant trois heures. Le quatrième se plaint de vertige et de nausées durant deux heures.

Enfin, chez six sujets ayant reçu une injection hypodermique de $1/2$ milligramme, il n'est survenu, consécutivement à cette injection, aucun phénomène morbide.

En résumé, il ressort de ces quelques expériences que la dose de 1 milligramme d'adrénaline est souvent toxique,

que celle de $3/4$ l'est quelquefois, tandis que celle de $1/2$ milligramme paraît inoffensive. Il s'ensuit que dans le traitement de l'hémoptysie par injection hypodermique d'adrénaline, $1/2$ milligramme d'une solution au millième, doit être la dose de choix. Si l'hémorrhagie semble dangereuse par son intensité, on est autorisé à recourir à $3/4$ et même à 1 milligramme. Encore serait-il préférable de donner 1 milligramme en deux fois.

Chez les malades atteints d'hémoptysie, l'injection hypodermique d'adrénaline a nettement relevé la pression artérielle. Chez les malades non hémoptysiques des résultats sur la pression artérielle ont été moins nets : chez quelques-uns, on a observé une diminution, chez quelques-uns, il n'y a eu aucune action ; dans la majorité du cas, il y a eu une légère augmentation.

Le plus souvent le pouls avait diminué de fréquence, mais chez quelques sujets, il ne s'était pas modifié ou avait légèrement augmenté.

M. LE NOIR rapporte l'histoire de deux malades de M. Bouchard traités par l'adrénaline pour des hémoptysies.

Le médicament a été directement porté dans les voies respiratoires par piqure de la trachée.

Un des malades est sorti deux jours après le début du traitement et semble avoir profité de cette intervention, puisque l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Le second cas est plus démonstratif. Il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint de tuberculose pulmonaire au début et entré à l'hôpital pour des hémoptysies répétées dont la première remontait à quinze jours et paraissait avoir été assez forte. Les hémorrhagies s'étaient reproduites malgré le traitement habituellement prescrit en pareil cas.

On injecte dans la trachée un centimètre cube d'une solution d'adrénaline à 1/10.000; l'hémorragie s'arrête pendant sept à huit heures. Le lendemain on fait dans la trachée une nouvelle injection d'un centimètre cube d'une solution à 1/5.000. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis cinq jours, l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Chez cet homme, pas plus que chez le précédent, il n'y a eu aucun malaise, aucun phénomène d'intoxication, ce qu'expliquent les faibles doses injectées.

Dans un autre fait, l'adrénaline a été employée contre les hémorroïdes. J'avais eu l'idée que les propriétés de l'adrénaline pourraient être utilisées pour le traitement de cette affection. M. Bouchard, à qui j'avais soumis cette idée, eut l'occasion d'observer un cas d'hémorroïdes turgescents particulièrement douloureux.

L'application sur la tumeur hémorroïdaire d'une petite couche de coton hydrophile imbibé d'une solution d'adrénaline au millième procura un soulagement presque immédiat et amena en moins d'une heure la décongestion des veines tuméfiées.

Ce fait, bien qu'unique, est assez encourageant et il y aurait lieu de renouveler cette tentative dans les cas de fluxion hémorroïdaire intense si souvent douloureuse.

M. VAQUEZ a employé également l'adrénaline dans les hémoptysies des tuberculeux, mais en injections intraparenchymateuses (VIII à X gouttes de la solution au millième dans 5 centimètres cubes de sérum physiologique). Malgré les réserves que doivent comporter ces tentatives thérapeutiques, surtout quand il s'agit d'agents hémostatiques, l'effet lui a paru favorable dans plusieurs cas « d'hémoptysies rebelles ». Il se propose d'en continuer l'emploi.

A la séance suivante (21 novembre), MM. L. RÉNON et LOUSTRE font la communication suivante :

Dans le débat actuel sur l'action de l'adrénaline, il nous paraît utile de relater quelques faits cliniques et expérimentaux que nous venons d'observer.

Nous avons employé l'adrénaline dans l'hémoptysie, dans la maladie de Basedow et dans l'hématémèse.

Chez un homme de 35 ans, atteint de lésions tuberculeuses cavitaires gauches avec hémoptysies répétées, nous avons utilisé la solution au millième par la *voie gastrique*. Nous donnions XV gouttes par jour de cette solution : le traitement a duré vingt jours, et pendant les derniers jours la dose a été portée jusqu'à XX et XXV gouttes. Il ne s'est manifesté aucun phénomène d'intolérance, mais l'action sur l'arrêt de l'hémoptysie, qui avait paru sensible les premiers jours, ne s'est pas maintenue par la suite, puisque le malade a succombé à ses hémoptysies. La pression artérielle, comme dans les cas de MM. Souques et Morel, semblait relevée par la médication : de 10 le matin, la pression montait à 15 et même à 20 cinq heures après, dans l'après-midi ; nous n'avons pas attaché à ce fait d'importance absolue, en raison des modifications physiologiques de la tension artérielle chez l'homme sain et pathologique, chez le tuberculeux. D'ailleurs, dans un cas de maladie de Basedow, la pression artérielle n'avait pas présenté de modifications appréciables à la suite d'une dose de X, XV et XX gouttes par jour de solution d'adrénaline au millième, donnée par la voie gastrique, pendant dix jours.

Nous n'avons pas osé donner par la même voie des doses plus considérables, ni injecter le médicament sous la peau, mal impressionnés par le résultat de nos expé-

riences sur les cobayes : chez ces animaux, nous avons obtenu la mort en moins de vingt-quatre heures par l'injection sous-cutanée de 4 centimètres cubes de la solution au dix-millième. A l'autopsie, nous avons trouvé le cœur contracté énergiquement en systole ; l'organe, très dur, ne laissait à la coupe qu'une cavité virtuelle, par accolement excessif des parois ventriculaires.

Dans un cas d'hématémèse, nous avons voulu utiliser l'action locale si intéressante de l'adrénaline. Il s'agissait d'hématémèses consécutives à un ulcus stomacal chez un homme de 52 ans, et tellement abondantes que le malade était complètement exsangue et que l'intervention chirurgicale avait été discutée. Nous avons donné 8 gouttes par jour de la solution au millième, par doses fractionnées toutes les deux heures. Sous l'influence de cette médication, associée à l'emploi de sérum artificiel (1.000 à 1.500 grammes par jour) et à l'abstention de toute alimentation par la voie buccale, les hématémèses se sont complètement arrêtées, et le malade est sorti de l'hôpital cinq semaines après, absolument guéri. Nous n'avons pu tenir compte dans ce cas des variations de la pression artérielle, — d'autres conditions (sérum, lavements alimentaires) ayant pu intervenir pour la modifier.

V

(Séance du 28 novembre.) — Notre ancien collègue SIREDEY lit l'observation d'une malade dont voici le résumé sommaire : Pneumonie lobaire droite. Petits foyers de broncho-pneumonie à gauche. Péricardite, Pleurésie diaphragmatique, avec réactions abdominales très intenses. Arthrite metacarpo-phalangienne suppurée grossesse gémellaire, avortement, mort.

Il s'agissait de localisations diverses du pneumocoque, montrant une infection généralisée.

Au point de vue clinique il existait des douleurs lombo-abdominales du côté de la pneumonie, mais ne ressemblant en rien au point de côté classique de la pneumonie.

Ici, la douleur qui s'était d'abord montrée au voisinage de la hanche ou plus probablement au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite s'était fixée ensuite à la région lombaire du même côté. Elle s'étendait depuis l'angle costo-vertébral jusqu'au voisinage du sacrum, mais en même temps elle s'irradiait vers la partie antérieure de l'abdomen, un peu au-dessous du thorax, et même vers l'ombilic. Les moindres mouvements, les moindres attouchements exaspéraient la douleur et arrachaient des cris à la malade.

Lorsqu'on cherchait à explorer l'abdomen, on se heurtait à une véritable contracture des muscles de la paroi, et la main ne pouvait arriver ni sur la vésicule biliaire, ni sur le bord inférieur du foie. Seule la partie inférieure du ventre, au niveau de la fosse iliaque et du bassin restait souple et accessible à la palpation.

Cette douleur ne rappelait guère le point de côté *abdominal* de la *pleurésie* généralement limité à la partie antérieure des fausses côtes ou au niveau des deux derniers espaces intercostaux.

La pression exercée sur le trajet du nerf phrénique n'exagérait pas cette douleur. Elle ne s'accompagnait ni de hoquet, ni de toux quinteuse, mais elle coïncidait avec une dyspnée extrêmement intense. Aussi, malgré l'absence de symptômes plus précis, nous n'hésitions guère à la rattacher à une pleurésie diaphragmatique, nous demandant seulement si, en raison de sa prédominance

exclusivement abdominale, cette douleur n'accusait pas la coexistence d'une lésion sous-diaphragmatique, soit péritonite sous phrénique, soit péritonite sous-hépatique au voisinage des voies biliaires.

L'autopsie montra l'existence d'une pleurésie-diaphragmatique, à laquelle il faut, vraisemblablement rattacher ces douleurs.

VI

MM. GALLOIS, COURCOUX et DÉCOBERT lisent une note sur la *rhino-pharyngite typhoïdique à bacilles d'Eberth*. C'est une détermination encore mal étudiée de la dothénentérie, mais paraissant précéder les otites qui compliquent parfois la fièvre typhoïde.

Sur cinq cas de rhino pharyngite typhoïdique qu'ils ont observés, ils ont rencontrés deux fois le bacille typhique.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE.

ALUMINA.

Le symptôme qui caractérise Alumina est la faiblesse des muscles des membres, des extrémités supérieures et inférieures, de la vessie. L'activité de toutes les parties du corps est ralentie, et la faiblesse va jusqu'à la paralysie, localisée ou générale, qui peut affecter la moëlle épinière entière. Outre la faiblesse ce médicament provoque une série de symptômes spasmodiques : troubles de coordina-

tion, fourmis à la peau, brûlure, engourdissement et prurit excessif. On a dit que c'est un remède des vieillards.

Le malade est incapable de travailler, de penser, perd la mémoire. Les muqueuses s'ulcèrent, sont sèches, ou secrètent un liquide jaune, épais, abondant. Ce médicament prend dans l'organisme la voie d'élimination des muqueuses et de la peau, et agit comme anti-psorique.

Le sujet est très sensible au froid, aime la chaleur, est obligé de se couvrir et frissonne même au coin du feu.

Il présente de la confusion des idées, s'étonne de ce qu'on lui dit; sa mémoire est faible. Il a des idées de suicide, des impulsions, des idées fixes; l'envie de se précipiter d'une hauteur, ou commettre d'autres actes de folie et il est obligé de faire effort pour ne pas les commettre. (Comparez avec Aurum, Argent nitr., Nux vom., Natr. sulph.)

Le sujet n'aime ni les autres, ni lui-même; il rend justice aux bonnes qualités des siens mais ne peut les aimer. Il vieillit avant l'âge; craint de perdre l'esprit, de voir survenir des malheurs. La peur l'empêche de dormir; il craint de ne pas guérir, de mourir, de se tuer. Angoisse, humeur versatile. Ces symptômes psychiques se développent quand la paralysie est très développée et a atteint les membres inférieurs.

Le sujet en expérience est plein de vertige et d'hésitation; à son réveil sa vue se trouble il chancelle sur ses pieds, surtout s'il ferme les yeux. Ce symptôme existe dans la sclérose des cordons postérieurs.

Le médicament en question peut, au début d'une ataxie locomotrice, arrêter la marche du mal, et, dans les cas d'ataxie confirmée, prolonger la vie.

Le vertige est un phénomène caractéristique du médi-

cament. Le vertige allant jusqu'à la nausée ne se distingue pas de celui qui résulte de la dilatation de l'estomac; *dans les deux cas tout tourne*. Le sujet est enivré avec la moindre dose d'alcool, oscille et tombe par terre, dès qu'il clôt ses yeux, s'il n'est soutenu.

Douleur de tête, avec vertige et nausées; sensation de pression, douleurs, tressaillements dans la tête, les yeux et au-dessus des yeux. Il semble au sujet que sa tête est trop grosse, qu'il a une main gonflée, qu'un de ses membres est plus long que l'autre. Hallucinations.

Obnubilation de la vue, cécité. Écoulement épais et jaune. Sensation de froid dans les yeux; les paupières sont épaisses, sèches et brûlantes. Photophobie.

Dans les oreilles, douleurs térébrantes, dans les cas chroniques, constitutionnels. Bruits d'oreilles, craquements à la déglutition; bourdonnements comme dans l'atrophie de l'oreille moyenne. Catarrhe chronique du nez, persistant chez les vieillards; mucus jaune verdâtre, douleurs à la racine du nez; gonflement de la cloison. Tous ces symptômes sont améliorés par Alumina quand ils coïncident avec un état général de faiblesse du corps et de l'esprit.

La face est jaune, malade, le sujet la gratte, parce qu'il sent sa peau trop épaisse, ou l'impression du contact d'une araignée; comme si elle était enduite de blanc d'œuf. Démangeaisons au dos des mains, fourmillements. Tension nerveuse. Une tendance à la paralysie accompagne souvent ces fourmillements, des extrémités surtout, quand la moelle allongée et les parties centrales du rachis sont irritées.

Un autre caractère du médicament est la douleur fulgurante, paroxystique, passant dans les hanches et les muscles, tremblements et secousses des muscles.

Dans le cou, sensation de sècheresse, sensibilité au froid, catarrhe localisé. Gonflement des amygdales. La muqueuse du pharynx et de l'arrière-nez est douloureuse, brûlante, granuleuse, et le siège de varices. Sensation d'un corps étranger dans la gorge (Hepar, Acid. nitriq.). Mais l'indication d'Alumina est dans la chronicité, et la concordance des symptômes généraux. Hepar est le médicament des cas plus aigus. Les anciennes ulcérations, dues à la syphilis ou à d'autres causes, correspondent plutôt à Acid. nitr. Plus bas, dans l'œsophage existe une paralysie par faiblesse, les aliments dévient dans le nez, ou, s'ils vont dans l'œsophage, donnent la sensation d'un gros amas. Le gosier semble inerte, et cette faiblesse paralytique spéciale, est liée à une débilitation qui s'étend aux jambes et à la vessie. L'appétit participe à l'atonie générale : dégoût pour la viande et la bière, pour les aliments autrefois préférés, mais co-existence d'un goût dépravé pour la chaux, le plâtre. La malade recherche les mets de haut goût, et souffre de sentir nombre d'aliments tels que les pommes de terre qui provoquent de l'irritation, des nausées, coliques, diarrhées.

L'estomac a des renvois amers, après l'ingestion de pommes de terre. Grande tension abdominale, avec dépression dans cette région et du nombril. Douleurs intestinales.

Paralysie, par faiblesse, de l'intestin qui n'agit que s'il est plein. Aucune envie de défécation durant plusieurs jours. Les efforts sont tels qu'ils provoquent la sueur et l'épuisement et souvent sans aucun résultat. Le sujet tremble de tout son corps, pour arriver à une selle souvent dure, mais souvent molle, bien qu'ayant nécessité un grand effort.

De la vessie, l'urine sort lentement, par un faible jet, qu'il faut attendre debout ou même assis. Elle peut tomber goutte à goutte même chez des gens absolument sains. Prurit et ulcération brûlante, grande sensibilité de l'anus. Alumina ne s'adapte qu'à des cas chroniques, quand la constitution nerveuse est épuisée, et atteinte de plus en plus jusqu'à la paralysie.

Les organes sexuels sont faibles et paralysés chez l'homme; chez la femme les règles sont peu abondantes, pâles et douloureuses, et après la période le corps et l'esprit sont épuisés, par faiblesse du système nerveux. Leucorrhée si abondante, qu'elle coule parfois le long des cuisses.

Dans la grossesse et l'accouchement les symptômes caractéristiques d'Alumina existent souvent ainsi que dans la première enfance (constipation) quand le système nerveux n'a encore subi aucune des influences des médicaments, ou des faits qui développent la sensibilité. Car on sait que les paysans, plus près de la nature et d'une vie moins compliquée, sont bien plus sensibles aux médicaments.

Une toux sèche et fréquente, des douleurs du dos, faiblesse des membres, troubles du sommeil, épuisement nerveux, tremblement nerveux, faiblesse nerveuse : voilà une série de perturbations contre lesquelles la connaissance d'Alumina nous donne des armes. (*Allg. homoop. Zeitung*. déc. 1902).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

A PROPOS D'UN NOUVEAU CAS DE TÉTANOS A LA SUITE D'UNE INJECTION DE GÉLATINE. — NÉCESSITÉ D'UNE STÉRILISATION PROLONGÉE DES SOLUTIONS DE GÉLATINE.

Le Dr L. ZUPNIK (1) relate le cas d'un homme de quarante-deux ans qui, à la suite de l'injection d'une solution de gélatine dans la vessie pour cystite hémorragique, fut pris treize jours plus tard du tétanos et mourut deux jours après l'apparition des premiers symptômes. Pendant la vie on put déjà déceler la présence du bacille tétanique dans les urines ; on l'identifia par les cultures et l'inoculation aux animaux. L'auteur constate que c'est le seizième cas de tétanos à la suite d'injection de gélatine qui est publié ; dans tous les cas il s'agissait de gélatine fournie par les pharmaciens. Il importe donc de surveiller la provenance des solutions de gélatine que l'on emploie ; les pharmaciens devraient toujours en avoir de stérilisées d'avance sous peine d'encourir une grave responsabilité.

Je rappelle, à ce propos, le mode de stérilisation préconisé par M. Paul Carnot (*Presse méd.*, 16 nov. 1898). Selon lui, il suffit de chauffer les solutions sans atteindre la température de 115° qui pourrait altérer la gélatine.

Il ne semble pas qu'une pareille stérilisation puisse suffire, à en juger par différents cas relatés à propos d'une observation d'hémorragie amygdalienne par MM. N. Damianos et A. Hermann (2).

(1) *Wien. Klin. Wochens.*, 1902, n° 27, p. 713.

(2) *Wien. Klin. Wochens.*, 1902, n° 9.

Ces auteurs citent plusieurs cas de tétanos survenus à la suite d'injections de solutions de gélatine *fraichement stérilisées* ; eux-mêmes ont eu à déplorer la formation d'un abcès gazeux, dû à la présence d'anaérobies, dans le cas personnel qu'ils relatent ; or la solution de gélatine dont ils avaient fait usage avait subi une stérilisation par la vapeur, d'une durée de trois heures seulement, il est vrai.

Il semble en effet que la gélatine du commerce soit chargée de nombreux germes microbiens à forme résistante du type anaérobie auquel appartient le bacille du tétanos ; ces germes peuvent contenir des spores, c'est le cas du tétanos, ce qui ajoute encore à leur résistance ; aussi la stérilisation par chauffages répétés trois ou quatre fois à un jour d'intervalle (méthode de Tyndall), à une température relativement basse, 60 à 75° par exemple, pendant une heure chaque fois, doit-elle offrir plus de sécurité ; une température de 100° pourrait à la longue faire perdre à la gélatine la propriété de se prendre en gelée en la peptonisant (Macé). Une bonne stérilisation de la gélatine exigeant plusieurs jours, on comprend la nécessité de conserver des solutions prêtes d'avance pour servir de suite en cas d'urgence, ce qui est toujours le cas pour les hémorragies (*Gazette des hôpitaux*, 13 novembre).

VARIÉTÉS

FONDATION D'UN HOPITAL HOMŒOPATHIQUE A BALE.

En dépit de la protestation élevée par de nombreux allopathes, le legs de 700.000 francs fait par Mme Adèle Merian pour la création d'hôpital homœopathique a été accepté par la « Société d'utilité publique ». L'Etablissement devra avoir au moins 18 lits, sera administré par une Commission d'amis de l'homœopathie, et un médecin homœopathe.

D^r PICARD.

TABLE DES MATIÈRES

A

Acétonémiques (un cas de vomissements).....	457
Acide carbonique (résistance des rats et des insectes à l')....	46
Acide picrique (traitement de la blennorrhagie par l').....	58
Acide sulfureux (résistance des rats et des insectes à l')....	46
Actinies (des propriétés chimiques et physiologiques du poison des).....	129
Actinotoxine (des effets de l') sur la pression artérielle.....	130
Adrenaline.....	434
— Traitement de l'hémoptysie par l') ..	460
Aimant (étude de l'action physiologique de l').....	45
Alcooliques (stéatose hépatique latente des).....	41
Alimentaire (régime) dans les hôpitaux.....	109
Alumina.....	468
Anémie pernicieuse bothriocéphalique.....	217
Anesthésies organiques (de l'intermittence des).....	126
Angines (les) diphtériques malignes observées en 1901-1902.....	229
Angiome (trois cas d') guéris par les médicaments.....	385
Antipyrine (traitement de la malaria, par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler associée à l').....	390
Apocynum cannabinum comme anti-hydrique.....	387
Apomorphine (action hypnotique de l') chez les alcooliques..	147
Appendicite pneumococcique.....	356
Argent (les lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d') comme cholagogue.....	143
Arrhénal (l') dans la phthisie pulmonaire.....	300

Artérioscléreux (des indications du sérum de Trunczek chez les).....	34
Atropine à haute dose (traitement de la sciatique, par des injections sous-cutanées d')....	310
Avortement habituel (à propos du traitement de l'), par le chlorate de potasse.....	393
— (la valeur du viburnum prunifolium dans le traitement des).....	308
— provoqué (de l'), chez les phthisiques.....	237
Azoturique (boulimie pour les aliments carnés dans un cas de diabète).....	233

B

Bacilles tuberculeux (passage des) après ingestion de l'intestin dans les chylifères et le canal thoracique.....	364
Basedowienne (thyroïdite post-pneumonique chez une).....	357
Belladone (intoxication grave par la) chez un enfant de 7 ans et demi, à la suite de frictions prolongées avec du baume Tranquille.....	19
Bière (la levure de).....	140
Biliaires (du microbisme normal des voies).....	128
— (melanodermie) à type addisonien avec plénomégalie..	115
Blennorrhagie (traitement de la) par l'acide picrique.....	58
Bothriocéphalique (l'anémie pernicieuse).....	217
Bouche (gangrène de la)....	233
Boulimie pour les aliments carnés dans un cas de diabète azoturique.....	233
Bronchites (traitement des) par l'ichtyol....	439

C

<i>Cactus grandiflorus</i> (indications et mode d'emploi du)	396
Capsules surrénales (emploi des) contre la pneumonie.....	145
— (toxicité des)	129
— (emploi de la) comme hémostatique.....	211
— adronaline, extrait de)....	434
CARTIER (Dr). — Uranium nitricum dans les maladies du foie..	332
Chloralique (tremblement) des muscles de la face et des membres, rappelant celui de la paralysie générale.....	92
<i>Chlorate de potasse</i> (à propos du traitement de l'avortement habituel par le).....	393
Chlorures (sur quelques cas de rétention des).....	372
<i>Chlorure de calcium</i> (de l'emploi du) dans le traitement de la métrite hémorragique.....	239
<i>Chlorure de méthyle</i> (de l'action anesthésiante du).....	46
Choléra infantile (traitement du).....	337
Chorées (traitement de la)...	27
Circulation capillaire de la peau (recherches sur le rapport de la) dans divers cas pathologiques .	368
Cæcum (tuberculome hypertrophique du).....	347
Cœur (action de la strichnine sur le) et la circulation.....	129
Coliques hépatiques (ictère et) par déplacement du rein droit.	56
Coliques saturnine guérie par l'huile d'olive.....	146
Coqueluche (sérothérapie de la).....	240-460
— (l'iodure d'éthyle dans la).....	148
Coxalgie (sur la).....	132
Crapaud commun (sur les principes actifs du venin de)....	363

D

Diabète azoturique (boulimie pour les aliments carnés dans un cas de).....	233
<i>Digitale</i> (quelques considérations sur l'action et le mode d'administration de la).....	5

<i>Dionine</i>	53
Diphthériques (les angines) malignes observées en 1901 et 1902.....	229
Doses infinitésimales (démonstration expérimentale des)	161
Dysenterie (microbiologie de la)	126

E

Emphysème sous-cutané (un cas d') au cours de la tuberculose pulmonaire chronique	353
Epileptiques (opothérapie cérébrale chez les).....	142
<i>Ergotine</i> (hiérarchie de l'action physiologique et toxique de l'), sur les divers éléments du corps vivant. . .	127
Estomac (les lavages de l') avec une solution de nitrate d'argent comme cholagogue.....	143
— (lésions expérimentales de l') d'origine médullaire... ..	363
— (sur un syndrome simulant le rétrécissement de l'œsophage et dû à la rétraction atrophique de l')..	113
<i>Ethyle</i> (l'iodure d') dans la coqueluche.....	148
<i>Euquinine</i>	54
Evolution thérapeutique....	241

F

<i>Ferrum phosphoricum</i>	290
Fibromes utérins (l'opothérapie mammaire dans le traitement des).....	308
Foie (uranium nitricum dans les maladies du).....	332
<i>Fougère mâle</i> (traitement de la laderrie et des kystes hydatiques par l'extrait éthéré de).....	456

G

Gangrène de la bouche	233
Goître exophtalmique (traitement thyroïdien du)....	203

H

Hémoptysie (traitement de l') par l'adrenaline.....	460
Hémorragique (de l'emploi de chlorure de calcium dans le traitement de la métrite).	239
Hémostatique (emploi de la capsule surrénale comme).	241
Hépatique (stéatose) latente des alcooliques.....	41
Hérédité de la pigmentation chez les souris (la loi de Mendel et l')..	45
<i>Héroïne</i>	52
HUCHARD H. — Quelques considérations sur l'action et le mode d'administration de la digitale.....	5
Huile d'olive (colique saturnine guérie par l').....	146
Hydatiques (traitement de la laderie et des kystes) par l'extrait éthéré de fougère mâle	456
<i>Hyoscyamine</i> (quelques expériences sur les effets physiologiques de l').....	370
Hystérique (maladie de Raynaud de nature) guérie par suggestion indirecte	40

I

<i>Ichtyol</i> (traitement des bronchites par l')	439
Ictère et coliques hépatiques par déplacement du rein droit.....	56
Ictériques (influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des).....	370
Immunité contre les piqûres de moustique, acquise par la mère et transmise au fœtus.....	364
<i>Iodure de potassium</i> (thyroïdite aiguë provoquée par l').	392
<i>Iodure d'éthyle</i> (l') dans la coqueluche.....	148

J

JOUSSET (P.). — La léprose (art. bibliog.).....	60
---	----

— La doctrine de l'espèce et l'origine du langage ...	68-151
— Les théories chimiques sont impuissantes pour expliquer l'action des toxines et des sérums thérapeutiques.....	198
— Revue de thérapeutique ..	234
— Rôle du microbe pathogène dans la production des maladies	281
— Qu'est-ce qu'une maladie infectieuse.....	287
— L'arrhénal dans la phthisie pulmonaire.....	300
— La pression artérielle de l'homme à l'état normal et à l'état pathologique par le professeur Potain.....	311
— Traitement de la tuberculose par les cultures pures atténuées par le vieillissement.....	321
— Tuberculome hypertrophique du cœcum.....	347
— Compte rendu du congrès de la tuberculose..	372
— Pasteur.....	401
— Clinique de l'hôpital St-Jacques.....	420
— Lettre ouverte au Dr Brunon	429
JOUSSET (M.). — Revue de la Société médicale des hôpitaux, 26, 113, 228.....	353-456
— Tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant celui de la paralysie générale.	92
— Le traitement thyroïdien du goitre exophtalmique.	203
— Le traitement chirurgical de la néphrite chronique..	214
— L'anémie pernicieuse bo-thriocéphalique	217
— Le testicule syphilitique..	223
— Ferrum phosphoricum...	290
— Sérothérapie de la coqueluche.....	340
— Sérothérapie de la scarlatine.....	344
— Traitement des bronchites par l'ichtyol.....	439

L

Laderie (traitement de la) et	
-------------------------------	--

des kystes hydatiques par les injections d'extrait éthéré de fougère mâle.....	456
Lait entier et lait écrémé (sur la digestibilité comparative du).....	369
Leprose (la).....	60
Levure de bière (la).....	140

M

Maladie infectieuse (qu'est-ce qu'une).....	287
Maladie de Raynaud de nature hystérique guérie par suggestion indirecte.....	40
MALAPERT DU PEUX (le Dr). — Article nécrologique.....	96
Malaria (traitement de la) par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler associée à l'antipyrine.....	390
Mélanodermie biliaire à type addisonien avec splénomégalie.....	115
Méningite tuberculeuse (toxicité intra-cérébrale pour le cobaye tuberculeux du liquide céphalo-rachidien dans la).....	368
Méningite tuberculeuse (un cas de guérison de) chez un enfant.....	394
Mercuré (traitement de la syphilis par des injections intra-veineuses de cyanure de).....	116
Méthyle (de l'action anesthésiante du chlorure de).....	46
Microbe (rôle du) pathogène dans la production des maladies.....	281
Microbiologie de la dysenterie.....	126
Morphine (dérivés de la).....	52
Moustiques (immunité contre les piqures de) acquise par la mère et transmise au fœtus.....	364

N

Néphrite chronique (le traitement chirurgical de la)....	214
— interstitielle (surcoloration du sérum dans les).....	44
Neurasthénie (note sur le traitement de la).....	305

O

OEsoophage (sur un syndrome simulant le rétrécissement de l') et dû à la rétraction atrophique de l'estomac...	113
Opothérapie (l'). mammaire dans le traitement des fibromes utérins.....	208

P

Paralysie générale (tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant celui de la).	92
PARENTEAU. — De quelques complications oculaires des sinusites, traitées et guéries sans intervention chirurgicale	81
— Le Dr Malapert du Peux...	317
PASTEUR.....	401
Perforation intestinale (traitement chirurgical des) de la fièvre typhoïde.....	397
Péronine.....	53
PICARD (Dr). — Revue de la presse allemande, 49, 132, 305	382
— Démonstration expérimentale des doses infinitésimales.....	161
Phthisie pulmonaire (l'arrhénal dans la).....	300
Phthisiques (de l'avortement provoqué chez les).....	237
Pneumococcique (appendicite).....	356
— (note sur un cas d'infection).....	466
Pneumonie (emploi de capsules surrénales contre la).....	145
Poisons métalliques (localisation et élimination des) par les organes kératiniques dans les intoxications professionnelles.....	372
Ponction lombaire (des accidents de la) et des moyens de les éviter.....	236
Pouls lent permanent. Ischémie du bulbe par oblitération des artères bulbaires au niveau de leur origine sur le tronc basilaire.....	232

Pression artérielle (des effets de l'actinotoxine sur la)....	130
— (la) artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique.. .. .	311
Prolapsus du rectum (traitement du) au moyen d'injections de vaseline.....	398
Prurit des icteriques (influence de la médication thyroïdienne sur le).....	370
— (traitement externe du)... ..	443
Q	
Quinine (action du bromhydrate neutre de) aux doses thérapeutiques et toxiques sur le cœur et les vaisseaux de la grenouille.....	371
R	
Rabique (Influence du vieillissement du virus) dans la glycérine.....	130
Radiothérapie (contribution à l'étude de la).....	369
Régime alimentaire dans les hôpitaux.....	109
Rein droit (ictère et coliques hépatiques par déplacement du).....	56
Respiratoires (étude graphique des mouvements)....	47
Rougeole (un cas de sinusite frontale dans le cours de la). ..	26
S	
<i>Salicylées</i> (les effets nuisibles des préparations) sur les voies urinaires.....	388
Sanatorium de fortune.....	429
SAUTON (Dr.). — La léprose (art. bibliog.)... ..	60
<i>Saponaria officinalis</i> (étude expérimentale sur).....	382
Saturnine (intoxication) résultant du grattage des moules à glace artificielle.....	232
— (colique) guérie par l'huile d'olive.....	146
Scarlatine (sérothérapie de la)	344
Sciaticque (traitement de la) par des injections sous-cutanées d'atropine à haute dose.....	340
Sérothérapie de la coqueluche.	340
— de la scarlatine.....	344
Serpents (le venin des).....	49
Sérum (surcoloration du) dans les néphrites interstitielles.	44
— gélatiné (tétanos consécutif à des injections de)....	273
— thérapeutiques (les théories chimiques sont impuissantes pour expliquer l'action des toxines et des)....	198
— de Trunczek (indications du) chez les artério-scléreux...	34
— (à propos du), résultats éloignés, lavements; poudre minérale.....	36
SIEFFERT (Dr.). — L'évolution thérapeutique.....	241
Sinusite frontale (un cas de) la rougeole.....	26
— (de quelques complications oculaires des), traitées et guéries sans intervention chirurgicale.....	81
Société de biologie (revue de la) V. Wagner	
Société médicale des hôpitaux (revue de la). V. Jousset, (Marc)	
Statistiques comparatives (quelques).....	399
Stéatoxe hépatique latente des alcooliques.....	41
Strychnine (action de la) sur le cœur et la circulation..	129
Suggestion indirecte (maladie de Reynaud de nature hystérique guérie par).....	40
Syphilis du pharynx.....	97
— (traitement de la) par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure...	116
Syphilitique (le testicule)....	223
T	
Tabès (note sur les lésions radiculaires et ganglionnaires du).....	367
Testicule syphilitique.....	223
Tétanos (un cas de) traité par la méthode de Bacelli.....	359

Introduction	1
Chapitre I. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre II. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre III. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre IV. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre V. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre VI. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre VII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre VIII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre IX. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre X. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XI. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XIII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XIV. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XV. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XVI. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XVII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XVIII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XIX. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XX. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXI. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXIII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXIV. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXV. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXVI. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXVII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXVIII. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXIX. — Les microbes pathogènes	12
Chapitre XXX. — Les microbes pathogènes	12

VIENT DE PARAÎTRE

LES MICROBES PATHOGÈNES

1 volume in-8°. J.-B. Baillière. Paris

PAR LE DOCTEUR P. JOUSSET

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — Téléphone.

-- consécutif à des injections de sérum gélatiné.....	234-473	— (traitement de la) par les cultures pures atténuées par le vieillissement.....	321
-- traumatique (traitement du) par le bain turc.....	341	— pulmonaire chronique (un cas d'emphyseme sous-cutané au cours de la).....	353
Thérapeutique (l'évolution)...	241	— et sanatorium de fortune..	429
Thyroïdien (traitement) du goître exophtalmique....	203		
Thyroïdienne (influence de la médication) sur le prurit des ictériques.....	370	U	
Thyroïdite aiguë provoquée par l'iode de potassium..	392	<i>Uranium nitricum</i> dans les maladies du foie.....	332
— post-pneumonique non suppurée chez une basedowienne.....	357	Urticaire et accidents graves produits par une décoction de feuilles d'uva ursi.....	235
Toxines (les théories chimiques sont impuissantes pour expliquer l'action des) et des sérums thérapeutiques.	498	<i>Uva ursi</i> , (urticaire et accidents graves produits par une décoction de feuilles d').	235
Transformisme (réfutation du) et de la théorie cellulaire,	68, 151		
Tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant celui de la paralysie générale.....	92	V	
Tuberculeux (passage des bacilles) après ingestion de l'intestin dans les chylifères et le canal thoracique	364	WAGNER — Revue de la Société de Biologie 43, 126.	362
Tuberculome hypertrophique du cæcum.....	347	VAN DEN BERGHE (D ^r). — Quelques statistiques comparatives..	399
Tuberculose (compte rendu du Congrès de la).....	372	Venin de crapaud commun (sur les principes actifs du).	363
		— des serpents (le).....	49
		<i>Viburnum prunifolium</i> (la valeur du) dans le traitement des avortements.....	395
		Vomissements acétonémiques (un cas de).....	457

VIENT DE PARAÎTRE

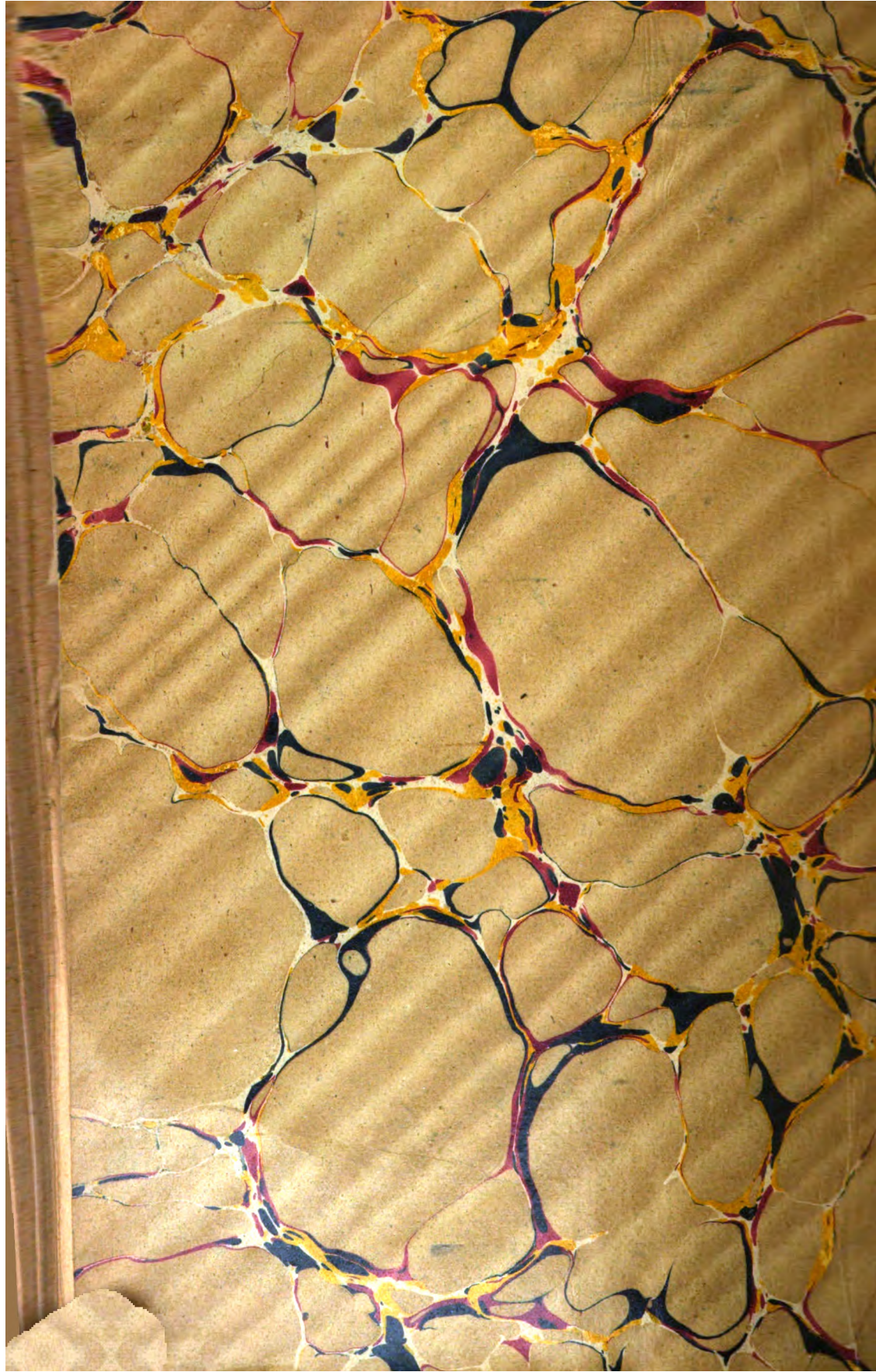
LES MICROBES PATHOGÈNES

1 volume in-8°. J.-B. Baillière. Paris

PAR LE DOCTEUR P. JOUSSET

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — Téléphone.





UNIVERSITY OF MICHIGAN

3 9015 01483 6665

MICHIGAN

